1926

Eina kartą mėnesyje. 1925 m. VI METAI.

Nr. 9-10 Rugsėjo-Spalių mėn. Nr. 9-10

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS.

Redakcinė Komisija:

Dr. *J. Alekna* ir prof. med. dr. *P. Radzvickas* (ausų, nosies ir gerklės ligos), prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof. dr. *J. Bagdonas* ir prof. med. dr. *K. Buinevičius* (vid. ligos), doc. dr. *J. Blažys* (nervų ir psichinės ligos), prof. med. dr. *J. Boit'as* (chirurgija), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socialinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* (bakteriologija ir higiena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* (odos ir veneros ligos), prof. med. dr. *E. Landau* (histologija, embriologija ir antropologija), prof. dr. *Vl. Lašas* (fiziologija ir fiziologinė chemija), doc. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir ginekologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), doc. med dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos) ir prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija)

Redakcinė Kolegija:

Dr. *J. Alekna* (nuo Kauno Medicinos Draugijos), prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo L. Univ-to Medicinos Fakulteto) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

PATIKRINTA 1952

LEIDŽIA: L. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja.

Redaktorius D ras J. Staugaitis.

Redakcijos ir Administracijos adr.: V. KAUNO LIGONINĖ, KAUNE, tel. 10.41

SKELBIMŲ KAINA: 60 — 75 litai už puslapį.

PRENUMERATOS KAINA: metams 40 litų, pusei m. 20 litų.

Šio numerio kaina 8 lit.

Cp 5
61(05)
(05)61

TURINYS.

	Pusl.
Prof. K. *Buinevičius.* Klinikos lekcijos apie arteriosklerozę, miokarditą, krūtinės anginą ir funkcinius širdies sutrikimus (tęsinys)	631
Dr. Ch. Finkelšteinas. Šiuo metu vartojamųjų skrandžio sunkai tirti metodžių kritikos klausimu	644
Prof. d-ras med. P. Avižonis. Pryšakinės kameros amagnetinių krislų operacijos klausimu	651
Dr. V. Kanauka. Operacinška plaučių tuberkuliozės terapija	665
Dr. V. Vaičiūnas. Plicae polonicae atsitikimas	673
Dr. T. Goldbergas. Del Dr. Freido straipsnio „Apie dekapitacijų dažnumą prie skersinių padėčių ir t. t." („Medicina" 1925 m. Nr. 3—4) ir panašaus straipsnio „Ueber die Häufigkeit der Dekapitation bei Querlagen in der Praxis u. s. w." („Zentralblatt f. Geb. u. Gyn." 1925 m. Nr. 16)	675
Referatai (Vid. ligos, tuberkuliozė, skarlatina, vaikų ligos, chirurgija, urologija, akušerija-ginekologija, odos ir veneros ligos, nervų ir psich. ligos, akių ligos, rentgenologija, bakteriologija, patologija, odontologija)	682
Klinikos ir praktikos patyrimai	718
D-ro J. Brazaičio 49 metų medicinos praktikos patyrimai	720
Dr. V. Lazersonas. Pedologijos bruožai	724
Dr. Ar. Šmukleris. Mokyklų medicinos Vokietijoje organizacija	739
Prof. Dr. med. Avižonis. Raud. Kryžiaus Lig-nės Akių skyriaus 1924 m. apyskaita	755
Savivaldybių medicina:	
1. Kauno m. Valdybos gydytojų ir vaikų ir motinų sveikatos globojimo centrų gailest. seserų-vedėjų pasitarimo protokolas Nr. 4/10	758
2. Kauno m. Valdybos gydytojų pasitar. protokolas Nr. 5/11	759
3. K. M. V. Ryano Ligoninės trumpa apyskaita 1923—1925 m.	760
4. Kauno m. savivaldybės Medicinos ir Sanitarijos Tarybos posėdžio protokolas Nr. 8/32.	762
5. Kauno m. savivaldybės Medicinos ir Sanitarijos posėdžio protokolas Nr. 9/33	763
Iš medicinos draugijų gyvenimo:	
1. Kauno Med. Dr-jos posėdžio 1925 m. IX. 4 d. protokolas	764
2. Draugijos kovai su tuberkuliozu visuot. susirink. protok.	768
Iš Seimo darbuotės:	
P-nui V. R Min-iui Seimo atstovo d-ro K. Griniaus paklaus.	769
P. V. R. Min-io Endziulaičio atsakymas į d-ro K. Griniaus paklausimą	772
D-ro K. Griniaus papildomasai paklausimas	773
Mediciniškosios terminologijos reikalu:	
Dr. M. Kuprevičia. Ląstelė ar narvelis?	774
Kritika-Bibliografija	774
Kronika	776
Pašto dėžutė	781
Nuo Redakcijos ir Administracijos	781

21607
CENTRALINĖ VALSTYBINĖ Biblioteka

MEDICINA

laikraštis, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

IV met. | 1925 m. Rugsėjo-Spalių mėn. | Nr. 9-10

Prof. K. Buinevičius.

Klinikos lekcijos apie arteriosklerozę, miokarditą, krūtinės anginą ir funkcinius širdies sutrikimus.

(Tęsinys).

Širdies funkciniai sutrikimai ir neurozės.

Čia priskiriami juntamieji širdies sutrikimai ir judomieji (motoriniai) pakitimai,— širdies ritmo sutrikimai — aritmija, tachikardija, bradikardija. Ir vieni ir antri gali būti organiškos arba funkciškos kilmės.

Širdis, kaip ir visi vidaus organai, neturi tiesioginio jautrumo. Bet funciniai organų sutrikimai ir jų anatominiai pakitimai iššaukia atspindėjimo keliu skausmingus pojučius to bei kito nugaros smegenų segmento juntamųjų (sensorinių) nervų srityje. Čia, H e a d'o manymu, suerzinimas iš ligoto organo įcentriškaisiais simpatiniais jo nervais patenka į atitinkamus nugaros smegenų segmentus, kur persiduoda įeinantiems į tuos segmentus juntamiesiems nervams, sukeldamas skausmus, kurie eina į periferiją ir pasklysta tų juntamųjų nervų srityje. Juo smarkiau ligoto organo suerzinami simpatiniai nervai, tuo didesniam juntamųjų nervų skaidulų skaičiui persiduoda tasai suerzinimas, užgriebdamas ir gretimus segmentus, ir tuo platesnę skausmų iradiacijos sritį gaunam periferijoje. Sakysim, angina pectoris apsireiškia arba tik skausmais širdyje, arba skausmai atsiliepia dar kairiajam pety, alkūnėje, pirštuose; arba kartais taip pat — kakle, pakaušyje, ausyje, išplinta ir dešiniojoj pusėj, pasiekia taip pat žemyn duobutę ir bambą. Del paaštrėjusio nurodytų simpatinių ir juntamųjų nervų suerzinimo, vėliau pasidaro, nelyginant, išvažinėtas kelias, kuriuo kartotiniai skausmų priepuoliai įvyksta lengvai, nuo palyginti nežymių ligoto organo funkcinių pakitimų, kaip tatai ypačiai pastebima krūtinės anginoje.

Normaliam stovyj mes savo širdies nejuntame. Taip pat kompensuotos širdies ydos dažniausiai neduoda nemalonių subjektyvių jutimų iš širdies pusės; sutrikus širdies kompensacijai, užeina dusulys, sunkumas krūtinėje, nusikamavimo jausmas.—Daugelis ligonių su išplėsta ir hipertrofuota širdimi jaučia spaudimą,

kai kurį sunkumą, tarytum pilnumą. — Ligoniams su „kybančia lašo pavidalo širdimi", taip pat su nusmukusia širdimi, del staigaus suliesėjimo, užeina kartais baimės ir apmirimo jausmas, ypačiai bestovint.— Nemaloniais jutimais — apmirimu, drebėjimu, baime, trinktelėjimu krūtinėje, tarytum širdis pakniubo ar vitirkšterėjo—nusiskundžia ligoniai, turį širdies aritmijų, ekstrasistolų, daugiausia, neorganinių; gi organinių ekstrasistolų ligoniai dažniausiai nejunta.

Širdies plakimai ir skausmai širdies srityje dažnai esti nerviškos bei refleksiškos kilmės — neurastenikams ir histerikams, ypačiai del susijaudinimo, intoksikacijos (tabakas, kava, arbata), vidujinės sekrecijos anomalijų (hipertireoidizmas, climax), skrandžio žarnų sutrikimų ir pan. Aštrių organinių skausmų pastebima: esant aštriam perikardijaus uždegimui (endokarditai paprastai esti neskausmingi); esant aortitui su širdies nervinių rezginių uždegimu; esant aortos aneurizmoms; pavidalu krūtinės anginos priepuolių, esant organiniškiems vainikinių arterijų susirgimams (sklerozė, sifilis). Neorganiškoji arba nerviškoji angina pectoris pareina nuo širdies rezginio neuralgijų ir neuritų arba kitais atvejais nuo art. coronariae nerviškosios spazmės (del rūkymo, susijaudinimo ir kt.).

Šonkaulinių tarpų neuralgijas su skausmingais taškais ir skausmingais priepuoliais širdies srityje (be to, skausmas dažnai pasmarkėja su kiekvienu širdies viršūnės trinktelėjimu į krūtinės sieną, ypačiai skausminguosiuose taškuose),— paprastai ligoniai laiko širdies skausmais. Kartais tie skausmai smarkiai reiškiasi žemiau širdies viršūnės, eina diafragmos linkui, ir juos lydi mešlungiškas kvėpavimas, vad. frenokardija, kuri rišama daugiausia su lytinio gyvenimo nenormalumais (H e r t z).

Širdies neurozėmis paprastai serga jauni žmonės; jos atsiranda ir padidėja daugiausia nuo sąjudžių, psichinių pergyvenimų, persidirbimo ir kt., tuo tarpu kai organiškuose širdies susirgimuose subjektyviai jutimai pablogėja paprastai nuo fizinių jėgų įtempimo, dijetos peržengimo ir bendrai nuo sąlygų, kurios sunkina širdies darbą.

Daugiausia asmenys, sergą širdies neurozėmis, esti įsitikinę kad jų širdies liga yra organiško pobūdžio. Jie tikisi iš tos pusės įvairių nelaimių; jų įsitikinimai pakeisti ilgai nepavyksta, ir dažnai visas jos gyvenimas praeina įtakoje tokių kardijofobijų, įtakoje baimės del savo neva organiškai sergančios širdies, kuri (baimė) neapleidžia jų visą gyvenimą, su amžinais nusiskundimais, baimėmis, — bijosi leisti sau bet kokią pramogą, eiti vėliau gultų etc., bijodamiesi, kad jų sveikata gali pablogėti. Į tokių silpnų astheniškų asmenų tokį rūpestingą savo sveikatos dabojimą galima žiūrėti kaip į kai kurį organizmo savisaugos aktą, kadangi tokie ligoniai su jų amžinais nusiskundimais ir rūpesniais, nors ir nulemti nesmagiai buičiai, vis delto labai dažnai laimingai sulaukia gilios senatvės arba gyvena ilgiau

CENTRALINĖ VALSTYBINĖ Biblioteka
21607

negu daugelis kitų sveikų žmonių, kurie mažai tesirūpina savo širdimi ir greit ją sudėvėja.

Dusulys yra pirmutinis širdies raumens nepakankamumo, jo kompensacijos sutrikimo simptomas; iš pradžios jis užeina tik retkarčiais, del sustiprėjusio fizinių jėgų įtempimo etc. Tas lengvumas, su kuriuo užeina dusulys bejudant, yra svarbus širdies funkcinio stovio rodyklis. Širdies kompensacijai sutrikus, dusulys darosi nuolatinis. Gali taip pat jisai apsireikšti vad. širdies astmos priepuoliais.

Iš širdies ydų dusulys pastebimas ten, kur tas ydas lydi nuolatinė stazė mažajam kraujo apytakos lanke, ypačiai esant mitralinei stenozei, kur mechaniškos kliūtys esti ypačiai didelės; paskum, esant bikuspidalinei insuficiencijai. Aortos ydose dusulio paprastai nėsama, kadangi čia, kompensacijos metu, kraujotakos sutrikimai vyksta didžiajame lanke, o ne mažajame.—Nuolatinis dusulys pastebimas taip pat esant miokarditams. — Labai smarkus dusulys, verčiąs ligonius sėdėti ištisomis valandomis, išsivysto prisirinkusiam širdies krityje skystimui spaudžiant, t. y. išsivysčius eksudatiškajam perikarditui.

Be tokio *mechaniškojo dusulio*, kuris paprastai užeina asistolijos metu, esant išplėstai širdžiai ir sumažėjusiam kraujo spaudimui, ir praeina, pagerėjus širdies kompensacijai nuo digitalio ir kitų vaistų, — reikia dar skirti (H u c h a r d) dusulys *toksiškosios kilmės* širdies ydose, kurios yra išsivysčiusios ant arteriosklerozės pagrindo, beveik visvien, kurie širdies vožtuvai bus čia užgauti. Tokios kilmės dusulys pastebimas ir ramiam ligoniui esant, sukelia nemigą; jį paprastai lydi padidėjęs kraujo spaudimas; jis užeina arteriosklerozikams ryšyje su inkstų insuficiencija. Asistolijos reiškinių čia paprastai nėsama, o esama —širdies hipertrofijos. Šitas dusulys praeina, paprastai, pavartojus atatinkamą dijetą ir gydant inkstus, būtent paskyrus pieniškąją dijetą ir diuretikus. Kaip ir sergančių inkstais ligonių ureminė astma, taip ir šitas dusulys išsivysto del intoksikacijos, kuri veikia kvėpavimo centrus.

Širdies ligonių dusulys, užeinąs pavidalu uždusimo priepuolių, vadinamas *širdies astma*. Širdies astmos priepuolių esama: širdies kompensacijos sutrikimo metu miokardituose ir širdies ydose, dažniausiai, esant bikuspidaliniam susiaurėjimui ir insuficiencijai,— esant silpnai išplėstai širdžiai, silpnam pulsui. Priepuoliai dažniausiai užeina del bet kurių nepalankių momentų, ypačiai del higijenos peržengimo: del fizinių jėgų įtempimo, nerviškų susijaudinimų, del persivalgimo bei persigėrimo, del skrandžio-žarnų sutrikimų ir ypačiai esant išpūstam pilvui; dažnai priepuoliai užeina nakty, gulint lovoje, ypačiai po vėlybos vakarienės, —ligonis nubunda jusdamas oro stoka, pašoksta lovoje, truputį pasėdi, ir dusulys sumažėja. Matyti, čia turima reikalo su stazės sustiprėjimu plaučiuose gulščioje padėtyje—tada pasunkėja kraujo nutekėjimas plaučių venomis į kairįjį prieširdį, kurį (plautį), be to,

horizontiškoje padėtyje gali suspausti užgulusi jį padidėjusi širdis; sėdint pagerėja kraujo apytaka iš plaučių į širdį, ir dusulys sumažėja.

Arteriosklerozikų ir nefritikų toksiškasis dusulys pastebimas pavidalu astmos priepuolių.

Neretai astmos priepuolių pastebima esant aortos aneurizmoms, dažnai be širdies silpnumo reiškinių. S. P. Botkin'as pažymi, kad širdies astma be organinės širdies ydos, pati per save tiek charakteringa ascendentinės dalies ir lanko aortos aneurizmoms, jog, jei mes dargi neturėtume nurodymų nei į tono pribukimą nei į pulso nenormalumą, tai vien tik tas charakteringas dusulys duotų mums teisės spėti ascendentinės dalies bei lanko aortos aneurizmą, kuri randasi tokioje vietoje, jog jos negalima nei išauskultuoti nei išperkutuoti". Astmos priežastis tais atvejais yra, matyti, daugiausia erzinimas nervi recurrentis, spaudžiant aneurizmai, kuri randasi apatinėje aortos lanko dalyje; dusulys tais atvejais įvyksta del gerklų spazmės, o taip pat del kitų nervi vagi (plaučių ir širdies) šakų suspaudimo, del trachejos, bronchų, plaučių arterijos suspaudimo. Dažnai čia prisideda krūtinės anginos skausmų reiškiniai.

Huchard'as astminių priepuolių priežastį tokiais atvejais mato inkstų insuficiencijoje. Jeigu astmos priepuoliai išsivysto senam amžiuje, tai reikia turėti galvoje, kad tatai nėra tikra bronchinė astma ir kad senam amžiuje nevirstama astmatikais, o kad tatai bėsama toksialimentiškojo dusulio del arteriosklerozės ir nepakankamos inkstų funkcijos; dažnai čia rasime emfizemą, o taip pat vainikinę krūtinės anginą ir asistoliją del sklerozinės širdies išsiplėtimo.

Jeigu arterioskleroziką kankina dusulys ir krūtinės angina, tai reikia manyti, kad dusulys čia pareina nuo inkstų insuficiencijos, o krūtinės angina — nuo vainikinių arterijų sklerozės.

Širdies plakimas — ligonių juntami nemalonūs širdies trinkėjimai. Nuo širdies plakimų reikia skirti tachikardija — tankūs širdies plakimai, kurie konstatuojami objektyviškai, bet kurių ligoniai paprastai nejunta.

Širdies plakimas palyginti rečiau tepareina nuo organiškų širdies susirgimų, ir pastebimas ypačiai esant kairiojo skilvelio hipertrofijai, miokarditui, mitralinei stenozei, aštriajam endokarditui, perikarditui ir aortos susirgimams. Bendrai reikia pastebėti, kad, jei ligonis, ypačiai jaunas žmogus, nusiskundžia daugiausia širdimi, tai paprastai pasirodo, kad čia turima reikalo su nervų netvarka, bet ne su organiškąja širdies liga. Tokie yra širdies plakimai, kaip širdies neurozė, pas neurastenikus, histerikus, esant nusikamavusiai nervų sistemai, pervargus, piktai naudojant lyties funkciją (onanizmas); del intoksikacijos kava, tabaku, arbata.

Be paprasto arbatos vartojimo, ypačiai išsivysto apsinuodijimo simptomai arbatos sandėlių tarnautojams, arbatos dulkių įalsuojant, o taip pat arbatos kainotojams, mėginant jos skonį: išsivysto nemigas, susijaudinamumas, galvos skausmai, kartais

haliucinacijos, ir ypačiai širdies plakimas, o taip pat netikrosios krūtinės anginos priepuoliai. Žinoma, kad arbata turi savyje kofeino kelis kart daugiau negu kava. Plakimą, kavos sukeltą, dažnai lydi baimės jausmas, ledeka, galūnių mešlungis ir vazomotoriniai sutrikimai — gausūs prakaitavimai.—Nikotinas yra indų nuodas, sukeliąs didelį indų susiaurėjimą, kuris refleksiškai per n. vagus iššaukia širdies plakimą, aritmiją, tachikardiją ir krūtinės anginos priepuolius.

Kitais atvejais širdis ima plakti refleksiškai: esant netvarkai skrandyje - žarnose, ypačiai esant išpūstam pilvui ir pakeltos diafragmos suspaustai širdžiai, kas davė progos P o t a i n'ui išreikšti dėsnį: „kai ligonis nusiskundžia širdimi, ištirkite jo skrandį"; esant gimtuvės ir dėčių (ovarium'ų) navikams, tokie atkaklūs plakimai pranykdavo, pašalinus operacijos pagelba navikus.

Kartais plakimas jautriems nervingiems subjektams, histerikams, pareina nuo periferinių indų spazmės. Dažnai čia užeina nesmagus širdgėlos ir baimės jausmas, reikia manyti, del a. coronariae spazmės; galvos svaigulys del smegenų indų spazmės; galūnių atšalimas, veido išblyškimas, del periferinių indų spazmės, kuri čia lengva konstatuoti pavidalu suspausto mažo pulso. Terapija, nukreipta į periferinę kraujo apytaką — galūnių masažas ir trynimai, vazodiliatatoriai duoda bendro stovio pagerėjimą, ir liaunasi širdies plakimas, neįveikiamas kitokios terapijos.

Climax'o metu, nykstant funkcijai dėčių, kurie, matyti, yra organai, mažinantieji kraujo spaudimą, — įvyksta ilgas kraujo spaudimo padidėjimas, kuris yra širdies plakimo priežastimi tame perijode, o laikui bėgant ir climax'inės arteriosklerozės išsivystymo. Serga širdies plakimu ir mažakraujingi asmenys, del žemo kraujo spaudimo; taip pat karščiuojantieji ligoniai.

Labai neretai širdies plakimas ir tachikardija išsivysto, skydiškosios liaukos (gl. thyreoidea) sekrecijai pagausėjus, del hipertireoidizmo, kurio simptomai, be kita ko, ypačiai iškyla aikštėn taip pat climax'o metu ir chlorozikėms, matyti, del dėčių funkcijos susilpnėjimo, kuriems normoje priskiriama rolė skydiškosios liaukos antagonistų, netraluojančių ir reguliuojančių josios sekreciją. Tokiais atvejais, dėčių ekstrakto (ovariino) paskyrus, galima pašalinti hipertireoidizmo simptomai ir širdies plakimas.

Širdies plakimas augimo metu, matyti, pareina nuo to, kad širdį suspaudžia nepakankamai išsivysčiusi siaura krūtinės ląsta, ir ypačiai apsireiškia nervingiems ir mažakraujingiems subjektams. Širdis čia esti nustumta žemyn, trinkis užčiuopiamas žemiau 5-ojo šonkaulių tarpo ir rodosi, tarytum čia širdis hipertrofavusi; tuo tarpu čia, matyti, turi reikšmės ta aplinkybė, kad širdies tūris yra per didelis mažai krūtinės ląstai. Gimnastika ir sportas čia indikuotini kad geriau išsivystytų krūtinė.

Krūtinės angina, a n g i n a p e c t o r i s, s t e n o c a r d i a vadinami skausmų priepuoliai širdies srityje. Šitie skausmai, dažnai žiaurūs, nepakenčiamai intensingi, lokalizuojasi žemutinėj

krūtinkaulio dalyj ir kairiojo spenio srityj, atsiliepia kairiajame petyj, kairiosios pusės mentėje, rankoje, alkūnėje, 4-me ir 5-me pirštuose, dažnai kakle, pakaušyje ir ausyje; kartais iradijuoja žemyn į bambos ir duobutės sritį. Kartu su skausmais ligoniai junta spaudimą krūtinėje, neišpasakomą baimę ir artėjančios mirties jausmą. Veidas reiškia kankinamą skausmą ir baimę; ligoniai bijo padaryti mažiausią judesį, kad nepadidėtų skausmas. Pulsas silpnas, kvėpavimas netaisyklingas; dažnai dusulys pavidalu astminio priepuolio; kartais prisideda mešlungis ir apalpimas. Priepuoliai gali būti, palyginti, lengvi ir trumpi, iki keletos minučių, ir sunkūs, besitęsią ištisomis valandomis, dažnai pasikartoją. Ligoniai miršta ir nuo lengvų priepuolių ir, antra vertus, su sunkiais priepuoliais gyvena ilgai.

Angina pectoris pastebima:

1. Pas pagyvenusius asmenis, senesnius kaip 40—50 metų, sergančius arterioskleroze, aneurizma, miokarditu, be to, daugiausia jie turi vainikinių arterijų sklerozę, — angina pectoris vera, coronaria, *organiškąją* krūtinės anginą.

2. Nerviškoji arba netikroji krūtinės angina pas jaunus žmones, dažniausiai pas histerikes, neuropatus (psichinių traumų, persirūkymo ir kt. įtakoje), kur į ligą reikia žiūrėti kaip į neurozę, panašią į bronchinę astmą, pareinančią nuo vainikinių arterijų spazmės ir širdies nervų rezginių neuralgijos. Dažnai čia turima reikalo su bendra periferinių indų spazme, kada del indų susitraukimo galūnės atšala, išblykšta, pulsas pranyksta; del smegenų indų spazmės — galvos svaigulys; del a. coronariae spazmės — širdgėla, baimės jausmas, širdies plakimas ir skausmai — angina vasoconstrictiva. Priepuoliai gali būti labai smarkūs, bet nepavojingi. Priešingai tikrajai krūtinės anginai, kada ligoniai bijo padaryti mažiausią judesį, kad nepasmarkėtų skausmai, čia ligoniai reiškia savo kančias triukšmingai, rėkdami, garsiai vaitodami etc.; esama daug triukšmo ir maža pavojaus, ir dalykas visada pasibaigia laimingai, nors tokie ligoniai kartais ką tik ne kasdien „miršta“ per ištisus mėnesius ir metus.

3. Nikotinas yra stiprus indų nuodas ir refleksiškai per n. vagus taip pat sukelia vainikinių arterijų spazmę ir anginos priepuolius rūkytojams neurastenikams; laikui bėgant čia gali išsivystyti vainikinėse arterijose tikra arteriosklerozė — angina scleronicotina.

4. Toliau, krūtinės anginos priepuoliai pas jaunus žmones pirmiausia turi nukreipti mintį į sifilinį aortos ir ją apsupančių nervinių rezginių susirgimą, kadangi, kaip pastebėta, 80% aortos susirgimų pas jaunus žmones pareina nuo sifilio. Skausmai pareina del vainikinių arterijų pakitimų, arba del nervų rezginių ištempimo aneurizma, arba del jų uždegimo. Čia dažnai kliniškai aortos pakitimai nepasireiškia nėjokiais objektyviais pažymiais, sakysim, tais atvejais, kada suserga conus arteriosus, o vožtuvai pasilieka neliesti, esant aortai užgautai žemiau vožtuvų, lanke,

esant sifiliniams vainikinių arterijų pakitimams. Tais atvejais nei užesių nei pribukimo nėra, ir skausmo reiškiniai priskiriami persirūkymui etc.

Dauguma klinicistų del tikrosios krūtinės anginos priepuolių esmės laikosi H u c h a r d'o pažiūros, kad priepuolis yra aštriai užeinančios išemijos ir širdies mešlungio rezultatas, kad kiekvienoj tikrojoj krūtinės anginoj esama vainikinių arterijų sklerozės ir nepakankamo aprūpinimo krauju širdies raumens, kuris kai kurį laiką dar aprėpia savo uždavinį, tačiau esant didesniam darbo pareikalavimui — fizinės pastangos, pergausus maistas etc., — arba taip pat del sąjudžio, sukeliančio vainikinės arterijos spazmę, įvyksta aštri anemija ir širdies raumens mešlungis, išsivysto priepuolis, analogingas vad. grįžtamajam šlubavimui, kuris yra stebimas arteriosklerozikuose del galūnių indų susiaurėjimo.

Remiantis klinikos stebėjimais, tenka manyti, kad anginos priepuoliai užeina esant tokiam sklerozuoto indo (a. coronaria) stoviui, kada jis esti dar ne visai sukietėjęs ir dar gali spazmiškai susitraukti (susijaudinus etc.), nuo ko ir padidėja nepakankamas širdies raumens aprūpinimas krauju, — užeina spaudimo jausmas, skausmai, kartais širdis staiga sustoja ir ligonis miršta. Kai art. coronaria visai sukietėja ir nebegali keisti savo angos, tai tokie pagyvenusieji ligoniai paprastai neturi anginos priepuolių ir miršta nuo kitų prežasčių. Dažniau nuo anginos priepuolių miršta palyginti jauni asmenys, turį apie 50 metų, bet čia neretai kaž kodel liga apsireiškia iš viso dviem priepuoliais: pirmutinis, kaip įspėjamasis, antrasis, kai kuriam laikui praėjus, dažnai būna lemiamasis.

Kitais atvejais priepuoliai seka vienas kitą, be pertrūkio per ištisas kelias dienas ir savaites, ir ligonis žūsta vadinamame status anginosus, kuris yra vykstančios in art. coronaria cordis trombozės rezultatas.

Kai kuriems mirtis įvyksta staigiai del nervinio sąjudžio, didelių sielvartų arba netikėto džiaugsmo etc., kurių įtakoje padažnėja širdies veikimas ir, gali būti, įvyksta taip pat vainikinių arterijų spazmė ir širdies sustojimas.

Skausmų reiškiniai nuo širdies funkcijos sutrikimo užeina priepuoliais, ypačiai kai širdies, išeikvojusios savo išteklines jėgas, stovis laikinai pablogėja. Paprastai tai pastebima, esant miokarditui ir ypačiai vainikinių arterijų sklerozei, kurios nepakankamai tiekia širdžiai kraujo. Panašiuose organiškuose širdies stoviuose, atsiradus didesniam jos darbo pareikalavimui ir padažnėjus širdies plakimui, įvyksta aštri anemija ir širdies raumens insuficiencija, kuriuos lydi širdies mešlungis (nelyginant kaip grįžtamasis blauzdos mėšlungis pas arteriosklerozikus), su spaudimu krūtinėje ir anginos skausmų jutimu.

Normaliose sąlygose smarkiai dirbąs širdies raumuo gauna jam reikalingą kraujo kiekį pro išsiplečiančias tuo metu vainiki-

nes arterijas. Esant sklerozei, tokio jų išsiplėtimo neįvyksta. Be to, del širdies susitraukimų padažnėjimo kraujo tiekimas širdies raumeniui dar pablogėja nuo to, kad širdies veikimo padažnėjimas įvyksta paprastai diastolos sąskaiton, kuri sutrumpėja. O kaip žinome, širdies raumuo gauna kraują iš aortos pro a. coronaria kaip tik diastolos metu; o sistolos metu, del širdies indų suspaudimo besusitraukiant širdies raumeniui, kraujas neįeina. Tuo būdu, juo dažnesni širdies susitraukimai, tuo mažiau laiko tenka širdies raumeniui maitinti, tuo blogesnis kraujo tiekimas širdžiai ir tuo greičiau ir aršiau užeina anginos priepuoliai.

Fizinis darbas — kopimas kalnan, laiptais, smarkus vaikštinėjimas etc., 1—2 stiklinės išgertos arbatos arba kavos, viena antra taurelė vyno, išrūkytas papirosas arba sigaras, gausus valgis, susijaudinimai (sielvartas ar džiaugsmas) — padeda anginos priepuoliams įvykti tuo būdu, kad sujaudina širdį ir padažnina jos plakimą. — Priepuoliai dažnai užeina naktį, ypačiai po gausios vakarienės. Čia taip pat vaidina vaidmenį ir horizontiška kūno padėtis, kurioje pakyla kraujo spaudimas ir pasunkėja taip pat širdies veikimas del diafragmos pakilimo ir prispaudimo tokioj padėtyj. Vėlai suvalgyta gausi vakarienė virškinasi toliau bemiegant, išgertas vynas ir kava pamažėli įsisunkia ir dažnina širdies darbą; sujaudinta dienos kalbomis ir sąjudžiais nervų sistema pasilieka tokiam stovyj ir bemiegant; neramus, su baugiais košmarais miegas — visa tat gali privesti sujaudinimą ir širdies veikimo padažnėjimą iki aukšto laipsnio, iki įvykstant anginos skausmams, nuo kurių ligonis, pagaliau, nubunda su siaubo jausmu, instinktiškai pašoksta lovoje ir atsisėda su nuleistomis kojomis, kad nors bent kiek, pakitėjus padėčiai, sumažėtų kraujo spaudimas ir palengvėtų skausmai, kurie paprastai nesiliauna, kol nurimsta sujaudinta širdis.

Skausmingi anginos priepuoliai pas nusilpnintos organizacijos asmenis, neurastenikus, histerikus, reikia manyti, turi tokį pat kilmės mechanizmą, kaip ir organiškuose širdies susirgimuose. Jau nekalbant apie tai, kad jų širdis nepastovi ir lengvai susijaudina, kad ji smarkiai reaguoja bet kuriai fizinei pastangai ir dvasios susijaudinimui plakimo padažnėjimu ir aritmijomis, kad joje, veikiant nurodytiems momentams, gali įvykti vainikinių arterijų spazmė, — tokių asmenų pats širdies raumuo (lygiagrečiai miokarditui, vainikinių arterijų sklerozei), reikia manyti, funkcijos atžvilgiu blogas, su mažomis ir lengvai išsieikvojamomis išteklinėmis jėgomis; o dažnai ir anatomiškai širdis nepakankama — maža, kyban i širdis, su mitraline stenoze etc. Kartu ir daugelis kitų organų esti blogos kokybės, hipoplazijos ir funkcinės insuficiencijos stovyje. Ir todel suprantama, kad pas tokius asmenis galima tuo pat metu pastebėti netaisyklingo funkcionavimo stovių taip pat ir iš pusės tų organų, pavidalu įvairių motorinių, sensorinių ir sekretorinių neurozių, duodančių tokių asmenų širdies priepuoliui margesnį vaizdą negu organinėje stenokardijoje.

Priepuolis daugiausia ilgas, triukšmingas, lydimas kartais mešlungiško kvėpavimo (frenokardija), garsių riaugulių, varymo šlapintis bei tuštintis, art. carotidum pulsacijos, veido pablyškimo, galvos skausmų, šiurpulių etc. Užeina priepuoliai paprastai veikiant dvasios pergyvenimams, sielvartui, baimei, bijojimuisi, autosugestijai, įvairioms fobijoms etc.

H u c h a r d'as griežtai tvirtina, kad tikrosios krūtinės anginos priepuoliams charakteringa tai, kad jie visada esti sukeliami fizinių jėgų įtempimo, o savaime užeina tik naktį. Ir kiekviena krūtinės angina, atsirandanti neurastenikams, artritikams ir kitiems savaime, be jėgų įtempimo prieš tai, reikia laikyti netikrąja angina, kuri negresia pavojumi, nežiūrint į priepuolio sunkumą ir į atrodantį pavojingumą, nežiūrint į skausmų ilgumą ir stiprumą, silpną pulsą, galūnių atšalimą etc.

Be to, pasitaiko vadinamų centrinių neuralginių skausmų neurastenikams, kurie jų gali turėti ir daugelyje kitų vietų, ir, kai tie skausmai lokalizuojasi širdies ir jos nervų rezginių srityje, tai jie laikomi angininiais.

Kliniškai stebima krūtinės anginos formų be kraujo spaudimo pakilimo ir su pakilimu.

Buvo pastebima, kad daugelis ligonių, kurie ilgai kentėjo krūtinės anginos priepuolius, negaudami palengvinimo nė nuo jokios terapijos, kartais visiškai pasiliuosuodavo nuo ligūstų priepuolių nuo to laiko, kai jiems išsivystė relatyvi ar organiškoji aortos arba, rečiau, mitralinių vožtuvų insuficiencija, į kurią reikia žiūrėti kaip į kompensacinę priemonę, organizmo savišalpą. Gera semiliunarinių vožtuvų insuficiencijos įtaka anginos kančioms sumažinti aiškinama tuo, kad čia kraujo spaudimas sumažėja ir širdies darbo sąlygos pakinta. Skilvelis čia sistolos pradžioje susitraukia mažiau energingai, o tatai, matyti, mažiau erzina širdies sienų ir aortos juntamuosius nervus. Stenokardiniai skausmai gali taip pat pranykti, pasikeisdami dusuliu, esant išplėstam kairiajam skilveliui, kuris nepakankamai išsituština ir siunčia aortai mažiau kraujo, kas viena, mažina spaudimą joje ir silpnina skausmus, o antra vertus, — duoda stazių mažajame lanke. Priepuolių susilpnėjimas, besivystant kairiojo skilvelio išsiplėtimui ir insuff. mitralis, aiškinama, taip tariant, pakilusio spaudimo perkėlimu iš aortos sistemos į mažojo lanko sistemą. Pagal H u c h a r d'ą, tarp angina pectoris ir asistolijos esama antagonizmo.

Panašiai angina pectoris, aprašoma taip pat *angina abdominalis*, kaip pilvo indų sklerozės simptomokompleksas, apsireiškiąs paroksizmiškaisiais skausmais pilve—po krūtine, aplink bambą, kartais kraujoplūdžiais. Priepuoliai išsivysto senam amžiuje; jie skiriasi nuo skrandžio - žarnų priepuolių tuo, kad užeina įtakoje visų faktorių, žalingai atsiliepiančių širdžiai, k. a. pilvo išpūtimas, alkoholis, rūkymas etc.

Širdies ritmo pagreitėjimas, tachikardija, stebima: a) pas sveikuosius — raumenis įtempus; pavalgius, ypačiai karštų valgių, atsigėrus kavos, alkoholio; veikiant išoriniam karščiui;

esant sumažėjusiam atmosferos spaudimui (aukštumose); esant dvasios sąjudžiams etc.; b) tomis pat sąlygomis daug lengviau įvyksta ir ilgiau tveria pas ligonius, turinčius širdies ydą, gi esant miokarditui ir arteriosklerozei, esti ilga, nuolatinė; dažnai stebima kartu su dusuliu ir širdies išsiplėtimu — tachiaritmija; c) pakilus karščiui; d) pas mažakraujingus, sunykusius asmenis; e) plaučių tuberkuliozės pradžioje, del intoksikacijos tuberkulinu; f) Basedovii ligoje, taip pat klimakterijos perijode, del hipertireoidizmo; g) histerijoje, neurastenijoje, širdies neurozėse; h) prispaudus n. vagus navikais etc.; i) dirbtiniu būdu sukeliama simuliantų, priėmusių kofeino (rūkimas papirosų iš arbatos lapų etc.)

Paroksizmiškoji tachikardija, aprašyta pirmą kart B o u v e r e t'o, yra liga, kurioje per įvairius laiko tarpus užeina staigių širdies plakimo priepuolių, kartais 200 ir daugiau kartų minutėje. Priepuolio pradžioje ligonis pajunta, tarytum, smūgį širdies srityj; paskui jis arba viskai nesiskundžia bet kuriais sunkiais reiškiniais iš širdies pusės arba teturi tik mažą širdies plakimą, silpnumą, dusulį; pulsas tiek dažnas ir silpnas, jog jis suskaityti tepavyksta tik su dideliu vargu; priepuolis paskui taip pat staigiai pasibaigia. Išklausant širdį pastebima vad. embriokardija: didžiajai pauzai sutrumpėjus ir širdies tonam suartėjus, normalus širdies ritmas su išsiskiriančia tonų pora pranyksta, ir tonai girdisi per lygius laiko tarpus, kaip pas gemalą. Ligoniai priepuolio metu instiktiškai atgula ir tachikardija bent kiek sumažta. Jos pagrindu laikoma: čia organinis ar funkcinis pailgųjų smegenų susirgimas (neurozė), čia nervorum vagorum, čia skydiškosios liaukos (hipertireoidizmas) susirgimas, kaip Bazedow'o ligoje. Turint galvoje daugumos ligonių amžių, daugiau kaip 40 metų, kartais charakteringą anamnezę (alkoholizmas, sifilis, nusikamavimas, priepuolių pradžios ir pabaigos pobūdis, primenąs angina pectoris ir astmą), galima manyti, kad paroksizmiškoji tachikardija yra kai kuriais atvejais vainikinių arterijų sklerozės simptomas.

Bradikardija, širdies ritmo sulėtėjimas, pastebima: 1) esant smegenyse navikams, kraujoplūdžiams į smegenis etc.; 2) geltligėje, apsinuodijus tabaku, švinu, digitaliu; 3) padidėjusioms liaukoms erzinant n. vagus etc.; 4) esant aortos vožtuvų susiaurėjimui; 5) reliatyvi bradikardija, sergant pilvo šiltine; 6) pas badaujančius, suvargintus, sveikstančius iš infekcinių ligų; 7) pas moteris po gimdymo; 8) kaip individuali ypatybė, pav. Napoleono I pulsas apie 40.

Ilga nuolatinė bradikardija, „puls lens permanent avec crises syncopales et épileptiformes", kaip ją yra aprašęs C h a r c o t, arba **Stokes - Adams'o liga**, kaip yra pasiūlęs ją vadinti H u c h a r d'as, pasižymi nuolatiniais lėtais širdies susitraukimais, apie 30—40; pulsas, visada retas, kartais nukrinta iki 20—15 smūgių, ir tada, matyti, del nepakankamo kraujo priplūdimo į smegenis, del tiek retų susitraukimų, užeina sąmonės nustojimas ir meškungis. Dažnai šitą ligą komplikuoja anginiški, astmiški ir ure-

miški priepuoliai. Stoks-Adams'o simptomokompleksas teko stebėti esant pailgųjų smegenų navikams, nulūžus kaklo slanksteliams, navikams suspaudus n. vagus. Tačiau dažniausiai ligos pagrinde glūdi His'o pluošto susirgimas (sifilis, sklerozė, kulkos spaudimas etc.).

Chauveau ir Vaquez yra nurodę, kad šitoje ligoje būna tikra širdies ritmo disociacija; kad tuo tarpu, kai skilveliai susitraukia labai pamažėli, prieširdžių susitraukimas vyksta normaliu dažnumu, taip kad vienam skilvelių susitraukimui atatinka 3—4 prieširdžių susitraukimai.

1895 metais His'as yra aprašęs raumenų pluoštelį, kuris jungia prieširdžius su skilveliais ir sudaro tiltelį, kuriuo širdies susitraukimo banga pereina nuo prieširdžių į skilvelius. Perpiovus visą jungiamąjį žiedą tarp prieširdžių ir skilvelių ir palikus tik vieną His'o pluoštą, širdies susitraukimų ritmas nekinta, ir atvirkščiai, perpiovus vien tik His'o pluoštą, širdies ritmas sutrinka: kaip Stokes-Adams'o ligoje, smarkiai sumažta skilvelių susitraukimų skaičius, du kart tris kart, keturis kart, tuo tarpu kai prieširdžių ritmas nepakinta. Ne visiškai sužalojus, taip pat suspaudus His'o pluoštą, galima sukelti toks pat ritmo sutrikimas.

Jau daug aprašyta Stokes-Adams'o ligos atsitikimų, kur, skrodžiant, buvo rasta pakitimų His'o pluošte: sklerozinės skardelės, sifilinės gumos vienu atveju. Sužeistam dar gyvam ligoniui buvo rasta tarpuskilvio pertvaroj kulka.

Aritmija, širdies susitraukimų jėgos ir intervalų netaisyklingumas.

Skiriama šios svarbiausios aritmijos rūšys:

1, Aritmija, pareinanti del n. vagi et sympatici įtakos sistemai širdies raumeninių skaidulų, kurios reguliuoja širdies susitraukimo ritmo atsiradimą ir praleidimą. Čia širdies susitraukimai gali įvykti ne per lygius laiko tarpus, bet normalia ir vienoda jėga (pulsus irregularis aequalis). Tokia yra aritmija kūdikiško amžiaus, taip pat jaunų žmonių — jaunuoliškoji aritmija. Tokia aritmija, be tachikardijos, daugiausia neturi rimtos reikšmės; ji įvyksta kartais nuo apsinuodijimo arbata, kava, tabaku, arba refleksiškai, sergant skrandžiui ir žarnoms, kepenoms ect. — Pulso iškritimas, kuris tiek gąsdina ligonius ir kurį kartais lydi baimės jausmas iškritimo momentu, ir sekamas po to nemalonus smūgio jutimas del smarkesnio širdies trinkio, kurie jutimai neretai laikomi krūtinės angina, — iš tikrųjų gali ilgai būti be jokios žalos sveikatai ir praeiti be jokio gydymo; dažniausiai jie neturi jokio patologinio pagrindo ir esti vien ypatingo individinio nepastovumo reiškinys, panašiai kaip aritmija, stebima pas jaunus šunis, ko dėliai Huchard'as apie tokius subjektus kalba, kad jie turį „šunišką širdį".

Čia reikia priskirti fiziologiškas pulso padažnėjimas įalsuojant ir sulėtėjimas išalsuojant, del n. vagi suerzinimo; toliau, aritmija

subjektų jautrių, nusilpusių, sveikstančių iš infekcinių ligų, sergant meningitu etc.

2. Pulsus irregularis perpetuus, ilga aritmija— su nevienodos jėgos susitraukimais ir su nelygiais tarpais; dažnai ją lydi ekstrasistolos (įvairios jėgos susitraukimai seka vienas kita nelygiais laiko tarpais, keletas skubių plakimų pasikeičia paskum lėtesniais, kai kurie susitraukimai tiek silpni, kad nepersiduoda arterijai); ji stebima dažnai esant mitralinei stenozei su trombais prieširdžiuose, dažnai lydima sunkių širdies plakimų ir dusulio, o taip pat sunkiuose miokardituose ir lemia blogą jų prognozę, nors ir nevisada. Tokia aritmija su tachikardija, tachiaritmija, senam amžiuje, dažnai lydima dusulio, rodo į rimtą sklerozinį susirgimą, esti labai atkakli ir ilga ir beveik neįveikiama digitalio ir kitokio gydymo.

3. Pulsus alternans, stiprios ir silpnos bangos kaitaliojimasis, per taisyklingus laiko tarpus, paprastai lydimas tachikardijos, pasitaiko retai ir rodo į susitraukiamosios širdies jėgos nepakankamumą sunkiuose miokardituose.

4. Arytmia transmissoria, Herzblock, esant užgautam His'o pluoštui; čia sulėtėja arba net nutrūksta (visiška disociacija) žadinimo praleidimas iš prieširdžių į skilvelius, kurie susitraukia nepriklausomai nuo prieširdžių, žymiai rečiau — p. lent. permanent. Skilvelių ir pulso susitraukimų iškritimas paprastai pasikartoja taisyklingais laiko tarpais. Dažnai čia susidaro Stokes-Adams'o simptomokompleksas: apalpimai del smegenų anemijos, cianozė, dusulys.

5. Ekstrasistolos, priedėlinės, priešlaikinės sistolos. Normali širdis, kaip žinoma, savo susitraukimo momentu nejautri jaudinimams, o reaguoja į juos ir pradeda naują susitraukimą tik pasilsėjus, po pauzos. Nesveika širdis, del padidėjusio susijaudinamumo, daugiausia sistemoje raumenų, perduodančio susitraukimo bangą (His'o pluoštas), gali duoti naują susitraukimą prieš atsileidžiant (raumeniui) — ekstrasistola; be to, tas susitraukimas paprastai būna mažesnis už pirmutinį ir turi paskui save ilgesnę pauzą, ir pauza tuo ilgesnė, o ekstrasistola tuo mažesnė, juo anksčiau ji įvyksta. Laiko atžvilgiu sistola su ekstrasistola ir pauza yra lygi dviem normaliam susitraukimam. Kartais ekstrasistolos užeina taisyklingai po kiekvienos sistolos, ir toks pulsas vadinamas p. bigeminus (rečiau per kiekvienus 2—3 trinkius — trigeminus, quadrigeminus). To prieširdžių - skilvelių (His'o) pluošto susijaudinamumas gali būti padidėjęs arba del nervinių įtakų — n. vagus, arba del anatominių, uždegiminių, sklerozinių, gūminių ir kitų procesų pačiam raumeniniam pluošte bei jo mazguose. Tuo būdu įvyksta ekstrasistolos miokardituose, endokardituose, vainikinių arterijų sklerozėje etc.

Ekstrasistolos, pareinančios nuo n. vagi sujaudinimo, paprastai pasitaiko drauge su bradikardija ir gali būti pašalintos

atropinu, kuris pašalina n. vagi įtaką, paralyžiuodamas jo šakų pabaigas širdyje.

Dažnai ekstrasistolų (ypačiai organinių) ligoniai visai nejunta; daugeliu gi atvejų ligoniai nusiskundžia nemaloniais jutimais — apmirimais, baime, trinkiu krūtinėje, tarytum širdis persivertė arba pakniubo.

Ekstrasistolų prognozė bendrai palyginti gera; kartais jos pasiliauna nuo antisifilinio gydymo; įvykus kitiems anatominiams pakitimams (sklerozė), ektrasistolos pasilieka visam amžiui, tačiau nekliudo gyventi gan ilgai.

Neretai užeinantieji, kartais ilgais perijodais, pulso iškritimai kai kuriems pagyvenusiems vyrams, apie 50 metų amžiaus, be kompensacijos sutrikimo, matyti, nepareina nuo besivystančio pas juos miokardito, o turi ryšio su climax'o reiškiniais.

Funkcinių širdies sutrikimų gydymas.

Angina pectoris. Priepuolio metu: morfijaus injekcija, 1% tirpinio 1 švirkštas, dažnai kupiruoja priepuolį; be skausmų malšinimo, morfijus, reikia manyti, veikia čia ypačiai gerai kaip vazodiliatatorius, palengvina širdies darbą, išplėsdamas periferinius indus, ir pagerina širdies raumens mityba, išplėsdamas vainikines arterijas. — Tokis pat veikimas vainikinėms arterijoms priskiriamas amil - nitrito įalsavimui (5 lašai nosinėn), ir vidujiniams nitroglicerino priėmimams: 1% spiritinio tirpinio 12 lašų į 200,0 vandens, 2—3 valg. šaukštai; arba po oda: 20 lašų tirpinio į 10,0 vandens, po $^1/_2$ švirkšto 2—4 kart; arba: Rp. Nitroglycerini 0,03, Spiriti vini 10,0, Syrup. Cort. aurant. 20,0. Ds. Po 20—30 lašų; arba tabletėse po 0,0005, kurių ligonis visada gali turėti prie savęs, ir todel gali jaustis ramiau. Toliau: Rp. Natrii nitrosi 0,2, Aq. dest. 200,0. DS. 2—3 valg. šaukštai per dieną.—Erytrolum tetranitricum pe 0 03 tabletėse, 3 kart per dieną. — Kartais gerai veikia dedama širdies srityj pūslė su ledais arba molinės pampuškos, bet dažniau geriau veikia šilti ir karšti kompresai. — Paskui arteriosklerozės gydymas, vengti persivalgymų bei persigėrimų, fizinių įtempimų ir sąjudžių. Nervinei krūtinės anginai esant, bendras stiprinantis gydymas, arsenikas, bromo preparatai, morfijus, valerijonas, convallaria maj. Gerų rezultatų gaunama, gydant sifilinę anginą gyvuoju sidabru ir jodu.

Asthma cardialis. Nuolatinis dusulys kompensacijos sutrikimo metu palengvėja, pagerėjus kompensacijai nuo digitalio ir kitų širdies vaistų. — Užėjus astmos priepuoliui: taurės ant krūtinės, ledas ant širdies, karštos tynės kojoms; kamparo bei kofeino injekcijos, karšta kava, deguonio inhaliacija. — Esant toksiškajai astmai pas arteriosklerozikus — drastica: Vienos gėrimas po $^1/_2$ stiklinės, liuosuojamasis mišinys iš glauberinės druskos ir angliškosios druskos—$1^1/_2$ valg. šaukšto vandens stiklinėje, Batalino vanduo etc. — atitraukti kraujui ir pašalinti toksinams pro

žarnas; diuretinas ir kiti diuretikai; kraujo nuleidimas ir druskos tirpinio įpylimas.

Širdies plakimai. Nerviškųjų širdies plakimų gydymas daugiausia stiprinamasis. Vengti rūkymo ir kitų bereikalingų pramogų. Pilvo navikų pašalinimas. Esant dispepsijai — neprivalgomoji dijeta, sodos $^1/_2$ arbat. šaukštuko kas 1—$1^1/_2$ val. po valgio, žarnų antiseptika rūgimui sumažinti — salolas, benzonaftolas etc. Simptomiškai: ledas ant širdies arba molinės pampuškos; tačiau esant indų spazmėms geriau šilima širdžiai, galvai ir kojoms; galūnių trynimai, karšta tynė; vidun — stiklinė karštos arbatos arba kavos; amilnitritas ir kiti vazodiliatatoriai; bromas, valerijonas, tr. Convall. maj.; Rp. Natrii, Kalii, Ammonii bromati aa 4,0, Codeini puri 0,2, Aq. dest. 200, 0. DS. 3 valg. š. per dieną. — Bendras stiprinąs gydymas, maitinimas, arsenikas. Gydymas vandenim — apipylimas, tynės, maudyklės. Gyvenimas kaime, ramiuose kurortuose (Železnovodsk), kelionės didelėmis upėmis gerai įrengtuose garlaiviuose etc. Netinka aukštos vietos.

(Galas).

D-ras Ch. Finkelšteinas.
Kauno Valstybinės Ligoninės gydytojas.

Šiuo metu vartojamųjų skrandžio sunkai tirti metodžių kritikos klausimu. [1])

V. Leube įvedus skrandžio zondą, o Boas - Ewald'ui pasiūlius bandomuosius pusryčius, klinikinės skrandžio, kartais ir žarnų, tyrimo metodės nuėjo nauja kryptimi, būtent grynos funkcinės diagnostikos keliu. Nuo minėtųjų išradimų sukako daugiau kaip 40 metų. [2]) Skrandžio zondas ir bandomieji pusryčiai dabar jau senai yra įgiję pilietybės teisių gydytojų veiksmuose. Šita metodė jau senai yra apleidusi klinikos sienas ir tarnauja kiekvienam paprastam gydytojui. Ištisa eilė mokslininkų, kurių vardai tapo bendriniais gydytojų tarpe, kaipo antai: v. Leube, Kussmaul'is, Ottomar'as Rosenbach'as, Boas'as, Ewald'as, Riegel'is ir kt., — yra padėję šitoje srityje tvirtą pamatą, išūgdžiusį, išauklėjusį, išmokinusį ir ištobulinusį naują mokyklą su naujomis jos pažiūromis, dėsniais ir uždaviniais.

Šių dienų chemiškojo skrandžio sekrecijos tyrimo būdai galima skirti į dvi rūši: 1) tiesioginio skrandžio turinio tyrimo grupė po bandomųjų valgių (Probemahlzeiten) ir 2) netiesioginių tyrimų grupė, kaip antai: Friedrich'o Gastrognost, desmoidinis Sahli bandymas, švirkštimas į raumenis neutralroto ir kt.

---

[1]) Pranešimas, skaitytas Kauno Med. Dr-jos posėdyje š. m. spalių m. 2 d.
[2]) Nuo Kussmaul'io skrandžio siurblio (Magenpumpe) išradimo suėjo daugiau kaip 50 metų (1875).

Panagrinėsime iš pradžių pirmąją grupę, būtent, imsime skrandžio turinio tyrimą pavalgius. Šito tyrimo principas pagrįstas virškinamuoju digestyviniu impulsu (Verdauungsimpuls). Juo remdamos mes, chemiškai ištirdami skrandžio turinį po bandomojo valgio, gauname visą skrandžio darbo vaizdą sekrecijos, rezorbcijos ir, dalinai, motorinės funkcijos atžvilgiu. Einant digestyvinio impulso principu, kiekviena žmogaus maisto medžiaga, sakytume, tinka skrandžio pakankamai funkcijai ištirti, jei žinomas jos veikimas sveikam skrandžiui. Praktiškai turi svarbos tasai faktas, kad bandomasis valgis būtų vienodai pagamintas kokybiniu ir kiekybiniu atžvilgiu ir kad būtų lengva gauti pakankamas skilvio turinio kiekis, duodąs virškinamąjį darbą pažinti.

Pirmoje vietoje tenka laikyti Boas-Ewald'o pusryčiai. Ligonis gauna rytą, nieko nevalgęs, baltą pyragaitį 35 gr. ir 2 taureli arbatos arba 400 gr. šilto vandens. Anot Boas'o, vienai valandai, anot kitų autorių, 45-ioms minutėms praslinkus, išimamas skrandžio turinys zondo pagelba, ištiriamas druskos rūkščiai, organiškosioms rūkštims, pepsinui, kraujui, tulžiai, labfermentui ir kit. surasti bei jų kiekiui nustatyti.

Antrą vietą užima Riegel'io bandomieji pietūs. Ligonis gauna lėkštę mėsiškos sriubos, bifšteksą 150—200 gr., 50 gr. bulvių košelės, baltą pyragaitį, stiklinę vandens ir kompoto. Skrandžio turinys išimamas zondos pagelba, 3—4 val. praėjus.

Toliau seka alkoholiški pusryčiai pagal Ehrmann'ą. Juos sudaro 300 ccm. šilto vandens, pridėjus 20 ccm. 70% alkoholio. Iš skrandžio išimamas skystis pusvalandžiui praėjus.

Galiausiai paminėsime vadinamus sausus bandomuosius pusryčius (das trockne Probefrühstück), Boas'o pasiūlytus stipriai hypersecretio, vad. gastrosuccorhoe, tirti. Juos sudaro 5 biskvitai, vad. Albertkeks, duodami ligoniui suvalgyti sausai, be jokio skysčio, dar nieko nuo ryto nevalgius. Dieną anksčiau arba prieš pusryčius gydytojas privalo įsitikinti, kad skrandis nevalgius išryto tikrai yra tuščias. Skrandžio turinys išimamas, vienai valandai nuo valgymo praslinkus.

Bandomųjų valgių (Probe-Mahlzeiten) yra pasiūlę dar Javorski's, Germain Sée, Klemperer'is, Talma, Burge, Minz'as, Told'as ir kiti; tačiau pasiūlymai taip ir yra likę pasiūlymais, gyveniman nėra prisiskiepiję, ir mes jų neminėsime.

Prieš pradėdami atskirai nagrinėti minėtąsias metodes, trumpai peržiūrėsime 2-ją grupę, būtent, netiesoginius skrandžio sekrecijos tyrimo būdus. Šiuos pastaruosius pagimdė dažnai nemaloni ir kai kuriems pacijentams neįvykdoma skrandžio zondo vartojimo procedūra. Čia norima be zondo, vien netiesioginiais keliais pažinti skrandžio sekrecija. Metodė dar nedaug išsiplatinusi, išėmus desmoidinį Sahli bandymą, dalinai ir Friedrich'o Gastrognost'ą, o

pastaruoju metu taip pat skrandžio funkcijos tyrimą švirkščiant į raumenis dažų.

Desmoidinis Sahli bandymas paremtas tuo, kad skrandis suvirškina jungiamąjį audinį, tuo tarpu kai žarnos jį beveik nepakeičia. Sahli vartoja plono gumo maišelį su metileno mėlyne (Methylehblau), kaipo indikatorium, viduje. Maišelis užrištas žaliu ketgutu. Po pietų duoda tiriamajam praryti kapsulę ir, kai po 10 valandų šlapimas esti mėlynai nusidažęs (jei skrandžio sunka yra suvirškinusi ketguto siūlą), tatai rodo skrandžio syvus turinčius druskos rūkštį. Jei tatai neįvyksta arba įvyksta vėliau, — turime skrandžio sekrecijos sutrikimą.

Friedrich'o Gastrognost'ą sudaro tamsiai kongorot'u nudažytas siūlelis su prikabintu viename jo gale gana sunkiu mažutėliu, vaistų žirnelio dydžio, cilindru. Siūlo galas ir cilindras apgaubti želatino kapsulės. $^1/_2$ valandos po bandomųjų priešpiečių palaukus, duodama pacijentui kapsulė nuryti ir po valandos ji ištraukiama atgal už siūlo. Želatino kapsulė esti išnykusi, o siūlo spalva rodo reakciją skrandžio viduje. Maži druskos rūkšties kiekiai nudažo siūlą brūnai, normalūs ir didesni HCl kiekiai nudažo jį iki fioletinės ir juodos spalvos prie pat cilindro.

Pastaruoju metu daugelyje klinikų, taip pat ir mūsų klinikoje skrandžio funkcijai pažinti pradėta švirkšti į raumenis dažų, daugiausia, neutralrot'o, analogiškai kaip kad daroma inkstų diagnostikoje. Tyrimas daromas šitaip. Ligonis gauna rytą, nieko nevalgęs, injekciją į raumenis 5 ccm. steriliško 1% neutralrot'o tirpinio vandenyje. Paskui ligonis turi praryti duodenalinį zondą; jis įvedamas smailu dugnu stiklan (Spitzglas), ir žiūrima, kiek laiko praeis nuo injekcijos, iki pasirodanti iš zondo sunka pakeis savo spalvą. Iš pradžių varva skaidri sunka, kuri netrukus virsta šviesiai rausva, stipriai raudona, fioletine su įvairiais ataspindžiais. Metodė duoda šių rezultatų: normaliniam rūkšties kiekiui esant, spalvos atsiranda tarp 15—20 ir 22 minučių. Dūrimas mažai skaudus ir tik kartais jo vietoje jaučiamas trumpai peršėjimas be jokių pasekmių. Beveik tuo pačiu metu dažai pradeda atsirasti šlapime; čia raudona spalva tveria iki 36 valandų. Mūsų padaryta daugiau kaip 20 tokių bandymų. Jokių nuošalių reiškinių inkstuose arba šlapimo puslėje nematėme. Dieną anksčiau tirdavome skrandžio sunką bandomaisiais pusryčiais ir paprastu titravimu, palygindavome ir rasdavome rūkštumą einant lygiagrečiai arba, tikriau, proporcionališkai dažų atsiradimui skrandžio sunkoje. Achilijų, taip pat karcinomų atvejais dažų nesulaukdavome daugiau kaip valandą; tačiau kai kuriais skrandžio karcinomos atvejais dažai pasirodydavo beveik normaliu laiku arba truputį pasivėlindami; mūsų manoma, kad čia navikas buvęs taip skrandyje lokalizuotas, jog vis škai nesutikęs arba bent mažai sutrikdęs liaukų funkciją. Mūsų, palyginti, neskaitlinga tyrimų medžiaga leistų

padaryti dar keletą įdomių išvadų, tačiau apie tai dabar nekalbėsime, kad neiškryptume iš temos.

Trumpai susipažinę su plačiai žinomais šių dienų skrandžio sunkos tyrimo būdais, imsime nagrinėti juos skyrium, kiek tatai liečia klinikos ir ypač praktiko gydytojo reikalavimus.

Visos pirmosios grupės metodės, būtent, skrandžio syvų gavimas zondo pagelba, turi vieną bendrą trūkumą, kuris glūdi pačios procedūros esmėje. Negana to, kad zondavimas labai nemalonus ir apsunkina ligonį, jis dar iš anksto jį gąsdina, slėgia jo ūpą, o tasai, neabejojamai, atsiliepia normalinės sekrecijos eigai. Patsai pavadinimas „skrandį išsiurbti (išpliumpuoti)“, — užsilikęs dar iš K u s s m a u l'io laikų ir tinkąs jo siurbliui (Magenpumpe), sukelia ligoniui liūdnų minčių ir vaizduotės — visai nereikalingų psichikos faktorių, kurių normaliniame virškinime nėsama. Neurastenikams bei bailiems pacijentams šita metodė mažai tinka ir nėra tiksli, nes gali duoti visiškai netikrą skrandžio funkcijos vaizdą. Klasiški fiziologo P a v l o v'o bandymai pakankamai juk yra įrodę, kiek svarbus yra psichinis ligonio stovis bendrai virškinimo procese, o ypač skrandžio sekrecijos metu.

Boas Ewald'o bandomieji pusryčiai, per 40 metų vartojami, yra įgiję tarptautinės reikšmės viso pasaulio medicinoje. Paskutiniame savo darbe „Vierzig Jahre Probefrühstück“ B o a s šitaip kalba: „Visų dabar vartojamų metodžių tarpe bandomieji pusryčiai, neabejojimai, yra paprasčiausia ir tinkamiausia praktiška priemonė.“ Iš tikrųjų, taip ir yra. Tatai yra lengvai gaminamas ir lengvai virškinamas valgis, pakeliamas net sunkių srandžio ligonių. Bet ir šita metodė turi trūkumų. Šietie palyginti negausūs ir prėskūs pusryčiai, su 30—35 gr. duonos ir 400 gr. vandens arba skystos arbatos, galima laikyti silpnu digestyviniu impulsu ir mums atrodo visai nepakankamais patologiškai padidėjusiai sekrecijai susekti; be to, kieti duonos gabalai (ypač achilijos atveju) dažnai užkemša zondo vidų ir neleidžia skrandžio sunkai tekėti, o tatai labai nesmagu ir ligoniui ir gydytojui.

Alkoholiški pusryčiai (Alkohol-Probefrühstück pagal Ehrmann'ą), tikriau pasakius, alkoholiškas gėrymas (pusryčiais vadiname tą, kas suvalgoma, bet ne išgeriama), pastaruoju metu plačiai imta vartoti klinikų ir daugelio specialistų. Jisai kiek tinkamesnis už Boas'o bandomosius pusryčius. Pirmiausia, gautoji sunka yra skaidrus skystimas, duodąs jau makroskopiškai pažinti kartais esamą kraują, tulžį, gleives ir t.t. Antra vertus, patsai gėrymas pikantiškesnis ir ligoniams jisai gerti maloniau, nė kaip kramtyti sausas pyragaitis šilto vandens atsigeriant. Tiesa, nepratusius jisai truputį apsvaigina, bet tasai nežymus svaigulys greitai praeina. Vienok kitais atžvilgiais jisai yra menkesnis. Mat, gėrymą vartodami, nustojame daug nusveriančio sekrecijoj kramtymo reflekso; skystimas greitai nuryjamas ir, patekęs gleivinėn, jisai greitai ima vietoje veikti, ją erzindamas; tuo būdu gėrymas praeina šalimais pro refleksišką sekretorinio įtaiso ratą. Kita

vertus, skrandžio sienelės visai kitaip reaguoja skystimui ir kitaip skystam valgiui; be to, ši metodė visiškai slopina ar slepia bet kokią fermentaciją, jei pastaroji skrandyje būtų, o tatai jau didelis trūkumas, sakysime, karcinomos diagnostikoj.

Bandomiesiems Riegel'io pietums daug ko trūksta. Mat, mėsiškas valgis visai neleidžia susekti kraują (occulte Blutungen), mėsos gabaliukai dažnai užkemša zondą, pietų gaminimas gali būti labai įvairus ir griežtai priešingas vienodumo reikalavimui, galiausiai, ir pietūs pagaminti nėra visada taip lengva. Vienintėlis pliusas tas, kad galėsime skrandžio sunkoje iš karto susekti amilazių bei baltymų suvirškinimo laipsnį.

Sausus bandomuosius pusryčius, kaip mūsų sakyta, vartoja beveik išimtinai stiprios hipersekrecijos atvejais (gastrosuccorrhoe), ir šitie pusryčiai galima laikyti specialine priemone minėtai ligai tirti; tad plačiai jų nenagrinėsime.

Netiesioginiai skrandžio sunkos tyrimai, neabejojamai, turi didelės reikšmės ir daugelis priežasčių daro juos patogesniais už zondo tyrimą, tačiau šitie būdai vargu jau bus plačiai vartojami, nes tinka daugiau klinikoms bei ligoninėms, kame nuolat tyrimą seka gydytojas; tuo tarpu praktiškai šitas būdas yra sunkus, nes tyrimo išvadoms sulaukti dažnai reikalingas laikas nuo 1 iki 10 valandų (pav., desmoidinis Sahli bandymas); be to, gydytojas praktikas negali nuolat sekti dažus šlapime ir skrandžio sunkoje Ligoniui tatai pavesti nepatogu, kad negautume visai nepatikimų rezultatų. Galima pabrėžti, kad netiesioginės metodės visai nesiekia tikslo išstumti iš apyvartos skrandžio zondą, bet jomis norima pakeisti zondas tik atskirais atvejais, kai pastarasai del esamų kliūčių negalima skrandin kišti. Čia dar kartą paminėsime, kad aukštai vertinamas $1^0/_0$ neutralrot'o tirpinio švirkštimas į raumenis, o mūsų negausių tyrimų išvados bus šios:

1) Neutralrot'as — puikūs dažai skrandžio sekretorinių liaukų funkcijai išmėginti (anksčiau mūsų vartota methylenblau).

2) Hipersekrecija pagreitina, o hiposekrecija sulėtina dažų pasirodymą; esant achilijai, dažai visiškai nepasirodo.

3) Metodė pakankamai jautri, ypač druskos rūkščiai susekti.

Kelis žodžius pridursime del frakcioninio (dalimis) skrandžio sunkos tyrimo būdo.

Šių laikų skrandžio sunkos zondu tyrimo būdai, po bandomųjų pusryčių, kuriuos esame aprašę, negali mus patenkinti dar del šių priežasčių. Gautoji sunka yra, taip pasakius, tik tam tikru momentu skrandžio sunkos funkcijos ataspindis, kurs visiškai neatvaizduoja skrandžio sekrecijos aplamai. Kurios nors sunkos titras yra tai tik momentiškas atvaizdas iš visos sekrecijos fazės tam tikru metu. „Wir arbeiten nur mit Stichproben" — mes turime reikalo tik su pripuolama bandomąja medžiaga — sako šituo klausimu B o a s. Tatai ne kartą buvo minima literatūroj. Kad gautume visą sekrecijos vaizdą aplamai, buvo pasiūlyta imti skrandžio syvai po bandomųjų pusryčių kas 15 minučių (aspiruojant

arba eksprimuojant), tyrinėti rūkštumas ir išskaitliuoti vidutinis. Tačiau zondavimo procedūra, kaip minėjome, visai nėra maloni ir dabar jau pakeista. Tuojau po bandomųjų pusryčių ligoniui įvedama arba, tikriau pasakius, ligonis pats įsiveda duodenalinį zondą, o paskui kas 10—15 minučių aspiruojama švirkšto pagelba skrandžio syvų. Kadangi pyrago gabalėliai dažnai užkemša mažas olivos skylutes, tad geriausia yra šitas būdas kombinuoti su alkoholiškais pusryčiais.

Trumpai aprašę visas šių dienų skrandžio sunkos tyrimo metodes ir nurodę visas jų gerąsias bei blogąsias savybes, mes dabar galime paklausti: kuris būdas daugiausia tiktų gydytojui praktikui? kurio tyrimo būdo jam laikytis? Taigi mums atrodo, kad jam prieinami visi tyrimo būdai ir visus juos jis turėtų vartoti, tik individualizuodamas kiekvieną skrandžio susirgimą skyrium, išsiaiškindamas iš anksto, kas galima tuo ar kitu būdu pasiekti. Prieiname tad šias išvadas:

1) Neurastenikams bei bailiems pacientams tirti sunka zondo pagelba negeistina, nes patsai zondavimo aktas ir jo laukimas veikia mažindamas skrandžio sekreciją, ir tuo būdu gauname visiškai nesutinkantį su tikrąja padėtimi sekrecijos vaizdą.

2) Alkoholiški bandomieji pusričiai turi pirmenybę prieš Boas-Ewald'o pusryčius, nes gaunamoji sunka skaidri ir skysta, joje lengva makro — ir mikroskopiškai pažinti kartais esamos priemaišos, būtent: kraujas, tulžis, stemplės, ryklės ir bronchų gleivės ir t. t. Klinikinių diagnozių ulcus ventriculi, hyperaciditas atvejais alkoholio pusryčiai duoda beveik tikresnių rezultatų; priešingai, carcinoma ventriculi atveju, kai skrandyje esti rūgimo procesų, alkoholio pusryčiai netinka, nes patsai savaime alkoholis nepatiekia medžiagos fermentacijai ir gali dar pastarąją nuslopinti, nors ji būtų skrandyje prieš vartojant alkoholišką gėrimą,

3) Digestyviniam impulsui sustiprinti, ypač jei esama hyperaciditas, patartume Boas-Ewald'o pusryčių ir mažo alkoholio kiekio kombinaciją, maždaug 8—10 ccm. 70% alkoholio 400 gr. vandenio.

4) Frakcioninis skrandžio syvų tyrimas vartoti visur ir visame, kame tik galima, nes mūsų gaunamasai sekrecijos vaizdas bus iš to turtingesnis, bet vartoti duodenalinis zondas, kuris daug malonesnis pacijentui negu storas skrandinis zondas.

Literatūra.

1. Boas. — Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, Leipzig 1920 (Handbuch).
2. Boas. — Deutsch. med. Wochenschr. 1907.
3. Benedikt. — New-Jork Med. Journal, 1911.
4. Conheih P. — Die Krankheiten des Verdauungskanal, 1923 (Handbuch).
5. Friedrich. — Berl. Klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 32.
6. Friedrich. — Archiv für Verdauungskrankheiten, 1913, Nr. 19.
7. Ehrmann. — Berl. Klin. Woch. 1914, Nr. 14.

8. Ehrmann und Silva Mell. -- Berl. Klin. Wochenschr. 1916.
9. Einhorn. — Deutsche Med. Wochenschr. 1909, Nr. 21.
10. Kelling. — Archiv f. Verdauungskrankheit. 1918.
11. Glässner u. Wittgenstein. — Archiv für Verdauungskrankheiten, 1925, H. 5—6.
12. Gross. — Berl. Klin. Wochenschr. 1910, Nr. 12.
13. Pavlov I. P. ir Schumov Simanowsky. — Arch. f. Anatomie und Physiologie 1895.
14. Westphal und Katsch. — Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, 1913, Bd. 26.
15. Witte. — Berl. Klin. Wochenschrift, 1907.
16. Lurija und Minkin. — Archiv für Verdauungskrankheiten 1925, H. 5—6.
17. Sahli. — Korr. Bl. für Schweizer Arzte, 1905, Nr. 8, 9.
18. „ Lehrbuch d. klin. Untersuchungsmethoden, 5 Aufl. 1909.
19. Schule. — Therapie der Gegenwärt, 1916, H. 24.
20. Sjöquist. — Zeitschr. f. Klin. Med. 1892, H. 21.

Autoreferat.

„Zur Kritik der gegenwärtigen Methoden der Magensaftuntersuchung“
von Dr. Ch. Finkelstein, Assistentarzt des Staatskrankenhauses (Vortrag gehalten in der medicinisch. Gesellschaft zu Kaunas am 2 Sept. 1925).

Sämtliche gegenwärtige Methoden der Magensaftuntersuchung teilt der Autor in 2 grossen Gruppen ein: direkte Magensaftuntersuchung mit der Magensonde nach Verabreichung von verschiedenen Probemahlzeiten und indirekte, ohne Magensonde, wie die Desmoidprobe nach Sahli, der Gastrognost von Friedrich, die intramuskuläre Einspritzung von Neutralrot mit nachfolgender Prüfung ihrer Auftreten im Magensaft u s. w.

Genau analisierend die Vor- und Nachtheile jeder dieser Methoden, kommt der Autor zu dem Schluss, dass der praktische Arzt berechtigt und sogar verpflichtet ist jede hier angeführte Methode anzuwenden, dabei eine Voraussetzung: Der Arzt muss jeden Fall individuell betrachten und immer im klaren darüber sein, was er sich eigentlich von der Anwendung der einer oder anderer Untersuchungsmethode, resp. Analysenangaben verspricht. Besonders ausführlich behandelt der Autor die neue Funktionsprüfung des Magens mit intramuskulären Injektionen von Neutralrot um die Sekretion des untersuchten Magens zu beurteilen. Der Autor meint, dass die Funktionsprüfung des Magens mit Neutralrot ziemlich empfindlich sei und gibt gute und zufriedenstellende Resultate. Nebenerscheinungen bei der Injectionen wurden nicht beobachtet.

Zusammenfassung:

1⁰. Das Einführen der Magensonde bei Neurastheniker und ängstlichen Patienten ist unerwünscht, da der Akt der Magensondierung sowie das Erwarten desselben wirkt unbedingt auf die Magensekretion des Kranken im Sinne ihrer Verminderung und infolge dessen bekommen wir Angaben, die in keiner Weise dem für diesen Kranken richtigen Sekretionsbild entsprächen. Bei solchen Kranken sind die indirekte Untersuchungsmethoden gut angebracht, nach dem Autor am besten mit Neutralrot.

2⁰. Der Alkoholprobefrühstück kann häufig vor den Boas-Ewaldschen Frühstück bevorzugt werden, da der Magensaft bei dem ersten eine klare Flüssigkeit darstellt, wo makro- und mikroskopisch leicht die Anwesenheit von Beimischungen wie Blut, Galle, Schleim vom Oesophagus und oberen Luftwegen festgestellt werden kann.

Bei der klinischen Diagnose von Ulcus Ventriculi, Hyperaciditas ist der Alkoholprobefrühstück besser am Platz; umgekehrt bei Carcinoma ventriculi, bei Gährungsprocessen im Magen ist er unerwünscht da an und

für sich gibt er keinen Material für Gährungsprocessen und bei Anwesenheit von solchen im Magen kann er sie noch verschleiern.

3⁰. Zum verstärken des Digestionsimpulses, hauptsächlich bei Hyperaciditas, empfielt der Autor eine Kombination von Boas-Ewaldschen Frühstück mit 10—12 ccm. 70% Alkohol im 400 ccm. Wasser, was sich bereits bei den von Autor beobachteten Fällen gut bewährt hat.

Prof. D-ras med. P. Avižonis.

Pryšakinės kameros amagnetinių krislų operacijos klausimu.

Akių krislai sudaro žymią dalį akių susirgimų, tik visų dažniausiai jie pasilieka konjunktivoje arba ragenoje. Krislas pryšakinėje akies kameroje yra palyginti retas atsitikimas. Kiek retai jie atsitinka, gali parodyti kad ir šie skaičiai. Prof. H a a b'as Ciuricho klinikoje ir savo privačioje praktikoje yra turėjęs per $10^1/_2$ metų iš 30.000 ligonių 1762 atsitikimus su akies krislu (5,87% visų ligonių), ir tik 7 kartus krislas buvo pryšakinėje kameroje (0,397% visų akies krislų atsitikimų[1]). Dar vaizdžiau pryšakinės kameros krislų retumą parodo pridedamoji lentelė.

Autoriaus vardas	Vieta	Kada paskelbta	Trauminių atsitikimų skaičius	Akies krislo atsitikimų skaičius	Pryšakinės kamer. krisl. skaičius	Pastabos
Solomon. . .	Birmingam.	1864	891	294	3	Žiūr. Wagenmann, l. c. t. I, p. 25
Crespi	Milanas	1878	608	281	2	„ p. 27
Weidmann. .	Ciurichas	1888	3144	1762	7	„ p. 30
Wilmsen . . .	Marburgas	1905	1271	420	1	„ p. 29
Waldmann. .	Budapestas	1921		456	7	„Zentralbl. f. d. ges. Ophthalm.“ t. VI, p. 324.

Kai krislas užgauna akį ir ją kiaurai pramuša, tai jo padėtis akyje pareina nuo daugelio aplinkybių: nuo pramušimo vietos, nuo krislo dydžio, nuo jo lėkimo smarkumo ir krypties. Tokie krislai, kurie kinetinės energijos tiek teturi, kiek jos reikia ragenai pramušti, pasilieka pryšakinėje akies kameroje. Čia jie paprastai nukrenta į kameros dugną arba, teisingiau, į žemutinę kameros kertę. Jei kinetinė energija, rageną pradaužiant, ne visa buvo sunaudota, tai krislas gali įstrigti linzėje ar rainelėje arba, jas pramušęs, atsidurti užpakalinėje akies obuolio pusėje.

Krislas gali atsidurti rainelėje ir sekundariniu būdu. Pavyzdžiui, pramuštai linzei rezorbuojantis arba ją operuojant, įstrigęs joje krislas gali iškristi palaidas į pryšakinę kamerą. Ir iš rainelės

---

[1]) W e i d m a n n. „Ueber die Verletzungen des Auges durch Fremdkörper“. Inaug.-Diss. Zürich. 1888.

gali, atsipalaidavęs, įkristi į kamerą. Atsitinka, kad ir iš užpakalinės kameros arba net iš užpakalinės akies obuolio pusės, spontaniškai iš akies išsistumdamas, patenka pro rainelę į pryšakinę kamerą.

Pasitaiko krislų, įstrigusių ragenoje, bet vienu galu įlindusių į kamerą. Ilgesnieji jų gali būti atsirėmę kameroje į linzę arba įsismeigę rainelėje. Tokie krislai, juos krapštant, gali įsmukti į kamerą. Čistiakov'o atsitikimu buvo įstrigęs ragenoje nedidelis medinis rakštis. Mėginant jį ištraukti, jis nuslydo į pryšakinę kamerą. Prisiėjo jėtiniu peiliu prapiauti ragena ir ištraukti krislas iš kameros[2]).

Pryšakinės kameros krislai dažniausiai būna metaliniai: geležies, pistonų arba granatų atskaidukės, rečiau akmens ar stiklo (sudaužytų akinių) šukikės, kartais parako grūdeliai, švinas, mediniai rakščiai, blakstienos ir t. t.

Tuoj po sužeidimo paprastai nebūna svarbių reiškinių. Nedidelė žaizdelė greitai užgyja, kamera atsigauna, krislas del savo sunkumo nukrenta į kameros kertę ir, jei mažas, visiškai pasislepia už nepermatomo limbo. Kiek pajaudinta pačioje pradžioje ir paraudusi akis greitai atsigauna. Jei rainelė neįdrėksta, kraujotakos nebūna, arba jei kiek kraujo ir išteka į kamerą, tai jis greitai susigeria. Matymas pasilieka, koks buvęs, ir ligonis kartais net nepastebi, kad jo akis sužeista. O jei krislas del savo chemiškos sudėties mažai tekenkia akiai arba jei įstrigęs pakantrioje akies vietoje, pavyzdžiui linzėje, tai gali atsitikti, kad, gydytojui pripuolamai radus akyje tokį krislą, ligonis net negali pasakyti, kada ir kaip tas krislas buvo pakliuvęs į akį.

Pavyzdžiu galėtų būti linzės krislo atsitikimas, aprašytas mano 1923 m. apyskaitoje. Keturkampis plokščias krislas gulėjo užpakalinėje linzės žievėje, buvo aiškus krislo padarytas pėdsakas ragenoje, rainelėje ir linzės kapsuloje, o ligonis griežtai neigė bet kurį galimumą krislui į akį papulti. Tik kartojamai klausinėjamas pasisakė prieš pusantrų metų, jam šaunant iš namų darbo medinio šautuvo, užsidegęs parakas ir pritėškęs akis. Po to akys buvusios kiek paraudusios ir bijojusios šviesos, bet greitai negydomos pasitaisiusios[3]).

Tolimesnis krislo likimas akyje pareina visų pirma nuo galimos infekcijos ir nuo jo chemiškos sudėties. Infekcijos pavojus paprastai esti nedidelis. Patekusieji į akį krislai dažniausiai esti steriliai.

Geležies krislai ilgą laiką gali būti akies kenčiami be ypatingos reakcijos; jie gali kartais daug metų pasilikti akyje, nedarydami jai ypatingo kenksmo. Tačiau anksčiau ar vėliau jie su-

---

[2]) П. Чистяковъ. „Поврежденія глазъ по даннымъ Томской Глазной Клиники за время съ 1907 по 1911 г. („Вѣстникъ Офталмол." 1912, t. 29 p. 367).

[3]) „Medicina", 1924, Nr. 8—9, p. 680.

žadina rainelės ir ciliakūnio pastovų arba recidivuojantį uždegimą ir ilgainiui padaro akiai galą.

Nuo pat pradžios daugiau žalos daro akiai variniai arba misinginiai krislai, dažniausiai pistono šukikės arba po karo visur primėtytų granatos kapsulių atšaižėlės. Vario krislai chemiškai jaudina akį, sužadina aplinkui save uždegimo reiškinius su fibrino ir sterilių pūlių eksudatu, kuris iš visų pusių apsupa krislą. Uždegimo reiškiniams atslūgus, eksudatas susitraukia, virsta guzuliuku, kurio branduolį sudaro krislas. Toks guzuliukas būna labai panašus į sifilinę gumą arba į granuliomą. Akis palengva nurimsta, bet po kiek laiko irito ir ciklito reiškiniai vėl pasikartoja. Uždegimo pasikartojimas gali įvykti savaime, be kokios pašalinės įtakos, arba nuo kurios nors traumos, nuo nemiegotos nakties ir tolygiai.

1920 metais man teko gydyti ligonis Survyla iš Šimkaičių valsčiaus. Prieš 10 metų pistonas buvo jam pramušęs dešiniąją akį Išimti krislo iš akies tuoj po sužeidimo gydytojui nepavykę. Bet akis greitai nurimo ir visą laiką buvo rami, nors ir menkai tematė. Po dešimties metų, kuliant, grūdas užgavo tą pačią akį ir tuoj po to ją ėmė gelti. Objektyviai buvo rasta didelė ciliarinė injekcija; ties ragenos centru nedidelis baltas randas (leucoma), siūliukais sukibęs su rainele (synechia anterior filiformis). Pryšakinė kamera pilna pūlingai-fibriniško eksudato, pro kurį sunku kas giliau atskirti. Padarius korneos paracentezę ir išleidus eksudatą, pasireiškė kameroje metalinis krislas ties medialiu ragenos kvadrantu. Ties ta vieta rainelėje buvo koloboma po iridektomijos. Po kelių dienų, kamerai atsigavus, buvo padaryta operacija: jėtiniu peiliu prapiauta kornea pagal medialį kraštą ir lygiagaliu pincetu ištrauktas iš kameros varinis krislas, buvęs dalinai apsuptas jungiamojo audinio, jungusio rainelę su ragena.

Nuo pasikartojančio uždegimo ilgainiui akis gali apakti, bet kartais ir apakusi savo skausmais neduoda ligoniui ramumo

Tačiau atsitinka, kad ir variniai krislai gali daug metų išbūti akyje, jos nejaudindami. Tik ką minėtu mano atsitikimu varinis krislas buvo ramiai išnešiotas 10 metų. Franklin'o ir Cordes'o atsitikimu, tuoj pistonui įkritus, keletą savaičių akis buvo užsidegus ir apako. Po to 46 metus krislas išbuvo akyje visai ramiai, bet paskui staiga sužadino smarkų ir pastovų uždegimą ir akis turėjo būti enukleuota[4]).

Lengviau akis pakenčia aseptiškus stiklo ir akmens krislus. Jie gali išbūti akyje daug metų, nepadarę jai didelės žalos. Bet atsitinka, kad keliolika metų buvusi rami akis gauna sunkų iridociklitą. Šiaip jau stiklo ir akmens krislai, gulėdami pryšakinėje, kameroje, kenkia akiai ne tiek chemiškai, kiek mechaniškai, jaudindami rainelę.

---

[4]) Franklin and Cordes. „Intraocular foreign body of forty six years' duration" („Am Journ. of Ophthalm". 1922, vol. 5, p. 533. — Ref.: „Klin. Mon. f. Augenheilk." 1922, t. 69, p. 376).

Pažinti krislas kameroje ne visuomet esti lengva. Nevienodos sąlygos krislui pažinti būna šviežiais ir senais atsitikimais.

Šviežiu atsitikimu reikia ieškoti perforuojamos žaizdos, nes be tokios žaizdos negali būti krislo akyje Jei yra abejojimų, ar žaizda kiaura, ar ne, reikia ištirti akies spaudimas. Prakiurdyta akis yra minkštutė. Jei kamera pilna kraujo, vargu ar galima bus pamatyti joje krislas. Jei kraujo nėra, arba jei jis jau yra susigėręs, krislas lengviau pažinti, kolei jis nėra nukritęs į kameros kertę. Maži krisliukai kameros kertėje gali visai pasislėpti už limbo. Dažniausiai jie nukrenta į žemutinę kertę.

Kartais pavyksta jie pamatyti, žiūrint nužulniai į kameros kertę fokalėje šviesoje. Arba reikia ieškoti, be nebus kai kurių netiesioginių reiškinių: akies obuolys lokaliai paraudęs ties krislo vieta, kraujagyslių tinklas ties ta vieta pasistūmėjęs į korneą, vyziukas truputį ištysęs krislo linkui.

Šitie netiesioginiai reiškiniai esti ir senesniais krislų atsitikimais. Čia diagnozę pasunkina eksudatas, kuris gali iš visų pusių apgaubti krislą, ypačiai varinį. Intensyviai apšvietus, pavyzdžiui plyšinės lempos fokuse, kartais pavyksta pažinti krislas, pamačius tokiame eksudate tamsesnę vietą, tarytum kokį šešėlį.

Smulkutėliai geležies krisleliai arba parako grūdeliai, įstrigę rainelėje, gali atrodyti lyg rainelės pigmento taškai. Taip pat ir atbulai, yra buvusių atsitikimų, kada pigmento taškai buvo palaikyti už geležies krislą. Pramušta rainelėje skylikė yra taip pat juoda, kaip vyziukas, ir gali atrodyti kaip koks krislas. Arba eksudato krešenėle ant rainėlės gali būti palaikyta už krislą ir atbulai, eksudatu apsinešęs ir granuliaciniu audiniu apaugęs krislas ant rainelės gali atrodyti, kaip tuberkuliozinio arba sifilinio irito padaras. Vienu žodžiu, pryšakinės kameros krislas pažinti nevisada yra lengva ir kartais atsitinka diagnozinių paklaidų.

Geležies krislui pažinti gali pagelbėti sideroskopas ir elektromagnitas. Pridėjus prie ragenos elektromagnitą, galima pasislėpusis kameros kertėje geležies krislas pakelti aukštyn ir jis pamatyti.

Abejojamais atsitikimais, pavyzdžiui kai krislas yra apsinešęs eksudatu, gali būti naudinga rentgeno nuotrauka. Tik reikia atsiminti, kad rentgenografija gali duoti neigiamo rezultato, nors akyje krislas tikrai būtų. Tai pareina, visų pirma, nuo krislo medžiagos, o antra, nuo jo dydžio.

Ne visi daiktai vienodai kliudo rentgeno spinduliams išlysti. W e e k s'o tyrimais, sunkiausia jiems yra išlysti pro platiną ir auksą; kiek lengviau pro šviną ir sidabrą; toliau seka varis, nikelis ir geležis; daug lengviau jie išlenda pro stiklą ir akmenį ir visai lengvai pro medį[5]). Todel rentgenografijos būdu labai retai tepavyksta pažinti stiklo krislas, o medinio rakščio rentgeno aparatas visai neparodo.

---

[5]) Žiūr. W a g e n m a n n, l. c., t. II, p. 1203.

Toliau, juo mažesnis yra akyje krislas, juo jis yra rentgenui sunkiau išaikštinti. Smulkių krislų atvaizdos rengenogramoje sunku atskirti nuo orbitos kaulų šešėlių. Todel atsitinka, kad rentgenografija duoda neigiamą atsakymą tenai, kur krislo tikrai esama. Tokių atsitikimų yra nevienas aprašytas literatūroje, pavyzdžiui, kur sideroskopija buvo teigiama (Hellgren[6]), Hamburger[7]), Neuburger[8]), arba kur enukleuotoje akyje buvo rastas krislas. Randolph'as turėjo du atsitikimu su negatyvia rentgenograma, bet enukleavus buvo rastas plieno krislas akyje[9]). Wagenmann'as taip pat turėjo vieną panašų atsitikimą, kuriame enukleuotoje akyje buvo rastas misinginis krislas[10]).

Vogt'as sugalvojo savotišką būdą akiai rentgenografuoti be orbitos kaulų, — beskeletė rentgenografija. Švino lakštelis („Bleifolie") 3 cm. pločio ir 10—15 cm. ilgio pridengiamas dviguba filma ir įspraudžiamas į orbitą medialiame akies kampe arba žemiau apatinio voko pagal žemutinį orbitos kraštą. Lengviau įsprausti, apvyniojus švino lakštelį ant kartono gabaliuko. Minkštosios rentgeno lempos spinduliai paleidžiami iš lateralės pusės, resp. iš viršaus Stipriai akį pasukus, galima nufotografuoti ir užpakalinė akies obuolio pusė. Tuo būdu Vogt'as sakosi esąs gavęs aiškų krislo atvaizdą tokiais atvejais, kai paprastuoju būdu rentgenografuojant buvo gauta negatyvi rentgenograma[11]).

Vogt'o metodė buvo kitų autorių patikrinta ir jos naudingumas patvirtintas Leipcigo universiteto akių klinikoje Vogt'o metodė yra davusi teigiamo rezultato keliais atvejais, kada paprastoji rentgenograma buvo negatyvi[12]).

Ar šiaip ar taip, rentgenologas gali būti tik padėjėju akių gydytojui. Šitas pastarasis savo sprendimą turi remti, be to, dar tiksliai surinkta anamneze ir kliniškais reiškiniais. Tačiau klaidingos diagnozės ne visada galės išvengti[13]).

Akies krislų prognozė pareina visų pirma nuo infekcijos. Įvykus infekcijai, tik ūmai krislą išėmus, galima turėti kiek vilties išgelbėti akis nuo žuvimo.

Aseptiški krislai, kaip jau minėta, gali būti kurį laiką akies toleruojami. Tas laikas įvairios medžiagos krislams esti įvairus.

---

[6]) Žiūr.: Wagenmann, l. c., t. II, p. 1204.
[7]) Hamburger, „Klin. Mon. f. Aug.", t. 45. p. 511.
[8]) Neuburger, „Klin. Mon f. Aug.", t. 46, p. 396.
[9]) Randolph, „Zeitsch. f. Aug.", 1913, t. 29, p. 368.
[10]) Wagenmann, l. c., t. II, p. 1204.
[11]) Vogt. „Skelettfreie Röntgenaufnahme des vorderen Bulbusabschnittes". („Schweiz Med. Wochenschr.", 1921, Nr. 7. — Refer.: „Klin. Mon. f. Aug." 1922. t. 68, p. 261).
[12]) Pfuhl. „Skelettfreie Röntgenaufnahme des vorderen Bulbusabschnittes zur Bestimmung sehr kleiner intraokularer Fremdkörper. Sitzungsbericht der augenärztlichen Vereinigung in Leipzig". („Klin. Mon. f. Aug." 1923, t. 70, p, 398).
[13]) Jung. Ueber Fehldiagnosen okularer Fremdkörper bei Röntgenaufnahmen. Sitzungsber. d. Vereins Rheinisch - westfäl. Augenärzte. („Klin. Mon. f. Aug." 1922, t. 68, p. 385).

Daugiausia pavojaus akiai yra iš varinių arba misinginių krislų. Bet nėra tokio krislo, kuris negalėtų pasidaryti akiai pavojingu. Beveik visada anksčiau ar vėliau įvyksta akyje svarbių atmainų (siderosis, chalicosis) arba pasikartojamų uždegimų, kurie padaro akiai galą. Tik smulkutyčiai parako ar smilčių krisleliai gali įgyti akyje be ypatingo kenksmo.

Todel akių gydytojo uždavinys yra kuo anksčiau išimti iš akies krislą, nelaukiant, kolei įvyks nebepataisomų komplikacijų. Tik pačioje pradžioje, jei krislas yra aseptiškas, galima kelias dienas laukti, kolei susigers iš kameros kraujas arba pagilės pati kamera, kad būtų patogesnės sąlygos operacijai. Seni krislai, ilgai buvę akyje, daug sunkiau yra išimti negu švieži.

Bet ar šiaip ar taip, krislas išimti iš pryšakinės kameros nėra lengvas dalykas. Ypačiai sunku išimti krislai, nukritę į pryšakinės kameros kertę ir tenai įsispraudę. Ne be reikalo H a a b'as vadina tokią operaciją viena sunkiausiųjų, kurios tenka daryti akiai, ir sako, kad nedaug tėrą akių gydytojų, kurie nebūtų turėję nepasisekimo. O tokių nepasisekimų gali būti, viena, kad nepavyksta išimti krislo iš akies, gi antra, kad tas krislas galima lengvai nustumti pro rainelę į užpakalį, giyln į akį.

H i l l e m a n n s, aprašydamas vieną pryšakinės kameros krislo atsitikimą iš Bonno klinikos, sako:a„dar kartą prityrėmė, kad išimti krislas iš pryšakinės kameros g li būti be galo sunkiu akių gydytojo uždaviniu“ [14]).

Visų patogiausios sąlygos yra geležesi ir plieno krislams operuoti, galint pavartoti elektromagnitą. Bet kartais nė didysis elektromagnitas nepajėgia ištraukti įstrigusio kameros kertėje krislo, net ir prisiliesdamas prie jo.

Apskritai, kameros krislų operacija nėra tipinga. Jai negalima duoti kokių nors schemiškų taisyklių. Tenka kiekvienam kartui operacija modifikuoti pagal reikalą ir atsitikimą.

Pro krislo padarytąją žaizdą retai tepavyksta jis atgal ištraukti, nebent tik geležies krislas elektromagnitu operuojant. Būtinai reikia žaizda padidinti Graefe'o peiliuku arba žirklikėmis, bet tai leistina daryti tik tada, kai žaizda yra ne ragenos centre, o kur pakraštėje. Kitaip pasidarytų randas ties vyziuku.

Tikslingiau padaryti ragenoje naujas piūvis, atatinkąs krislo padėtį kameroje. Kiekvienu atveju tenka gerai pagalvoti, kurioje vietoje, kurio dydžio ir kuria kryptimi tas piūvis reikia daryti, kad būtų visų patogiausia prieiti prie krislo, ir kuriais instrumentais operuoti. Taip pat reikia apsvarstyti visi galimi įvykiai operacijos metu ir pasirūpinti, kad būtų prirengti visi instrumentai, kurie galėtų būti reikalingi. Nereikia užmiršti, kad, rageną prapiovus, kameros vanduo išbėga ir rainelė prisiglaudžia prie ragenos. Tai be galo pasunkina bet kuriuo instrumentu manipu-

---

[14]) H i l l e m a n n s. „Ueber Verletzungen des Aug s („Arch. f. Augenheilk.“ 1895, t. 30, p. 29).

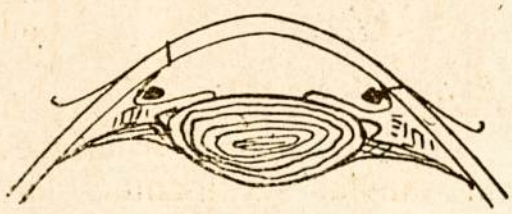
liuoti kameroje. Operaciją pasunkina arba ją daro visai negalimą kraujas ir pūlingas eksudatas kameroje, kurie slepia krislą nuo operatoriaus akių.

Kad lengviau būtų operuoti, reikia pasirūpinti operacijai intensyvi šviesa. Labai tikslinga ir patogi yra H e s s'o operacinė lempa, vadinama „Hammerlampe“ (Zeiss'o firmos).

Nenagrinėsiu čia visų kieno nors darytų pasiūlymų vienaip ar kitaip operuoti įvairius pryšakinės kameros krislų atsitikimus, — jų santrauka galima rasti H a a b'o straipsnyje E l s c h n i g'o knygoje[15]). Sustosiu tik prie pačių sunkiausiųjų atsitikimų, būtent, kai amagnetinis krislas yra nukritęs į pryšakinės kameros kertę ir pasislėpęs už ragenos limbo.

Tokiems krislams M e l l e r'is pataria jėtiniu peiliu daryti korneos piūvį žemai arba lateraliai, tik pakankamai didelį, kad galima būtų pincetu įeiti į kamerą[16]).

Iš pirmos pažiūros, rodos, įmtumei ir, jėtiniu peiliu prapiovęs rageną pagal jos kraštą ties ta vieta, kur krislas guli, jį ir ištrauktumei. Tik, deja, limbus užstoja krislą ir prieiti prie jo instrumentais nepavyksta (žiūr. pav. 1, dešinioji pusė).



Pav. 1 (Haab).

Šitokį nepavykusį atsitikimą aprašo H a a b'as iš savo praktikos[17]). Taip pat ir aš esu veltui mėginęs vienu savo atsitikimu, kurį toliau minėsiu.

C z e r m a k'as nepataria daryti piūvio ties krislu ir štai del ko: jei piūvio plokštuma, sako jis, bus pryšakyje krislo, tai nebus galima per užpakalinę žaizdos lūpą jo pasiekti. Darant liniariu peiliu periferinį piūvį toje pačioje plokštumoje, kaip ir krislas, lengvai galima krislas nustumti dar giliau į kertę. Pataikius peiliu užpakalyje krislo, prasipiaus rainelėje skylė, pro kurią, peilį ištraukus, krislas gali nuslysti į užpakalinę kamerą ir tenai prapulti. Be to, įpiovus rainelę, pribėga kamera kraujo ir tuokart nieko nebematyti.

Todel C z e r m a k'as pataria jėtiniu peiliu daryti periferinį korneos piūvį iš šalies nuo krislo, taip, kad ragenos radijus ties piūvio viduriu su kitu radijumi ties krislu sudarytų $80^0 - 90^0$ kampą (žiūr. pav. 2). Tuokart esą labai lengva įeiti į kamerą bukiu kabliuku arba maža kiurete ir, pakėlus krislą iki žaizdos, suimti jis pincetu[18]).

---

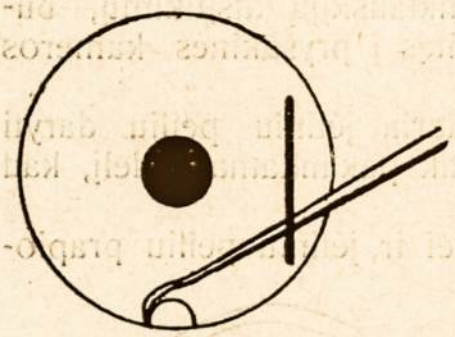
[15]) E l s c h n i g. „Augenärztliche Operationslehre“. — G r a e f e — S a e m i s c h Handbuch. 2—3 Aufl. Berlin. 1922. Bd. 2, p. 1383—1502.

[16]) M e l l e r. „Augenärztliche Eingriffe“. 2 Aufl. Wien-Leipzig. 1921, p. 416.

[17]) E l s c h n i g, l. c. p. 1416.

[18]) C z e r m a k. „Die augenärztlichen Operationen“ 2 Aufl. Berlin-Wien. 1908, t. II, p. 302.

Turiu pasakyti, kad aš atsimenu kartą šitą metodę bandęs ir tuokart gavau įsitikinti, kaip lengva yra operacijos planas padaryti ir kokių netikėtų keblumų pasitaiko tą planą vykinant. Mano atsitikimu, kuriame krislas gulėjo žemutiniame kameros kampe, gi piūvis buvo padarytas iš lateralio šono, kameros vandeniui išbėgus ir rainelei prisiglaudus prie ragenos ir prie žaizdos kraštų, nebuvo galima nei kableliu nei mažu šaukšteliu pasiekti žemutinio kameros kampo. Rainelė painiojosi ir kliudė instrumentams pasiekti krislą Operacija liko nebaigta.



Pav. 2 (Czermak).

Lederer'as aprašo vieną atsitikimą, kuriuo jis pro jėtiniu peiliu lateraliai padarytą ragenoje piūvį jokiu instrumentu negalėjo nė iš vietos išjudinti žemutinėje kameros kertėje įstrigusio krislo. Tada jis, įsitikinęs, kad krislo kitas galas siekia ciliakūnį ir guli tarp jo ir skleros, sumanė ciklodialyzės būdu išstumti krislą iš kertės į kamerą ir, šituo būdu atstūmęs jį į patogesnę vietą, ištraukė iš kameros[19]).

Ir Haab'as nepritaria Czermak'o pasiūlymui, kurį jis vadina sunkiai įvykinamu. Jis labai abejojąs, ar kuomet nors galėtų pavykti pro lateralį ragenos piūvį, vis tiek, kuriuo instrumentu jis bus padarytas, ištraukti krislas iš žemutinės kertės. Haab'as siūlo tokiems atsitikimams daryti ties krislu Graefe'o peiliu skiautinį piūvį, panašų, koks daromas kataraktai. Reiškia, jei krislas yra žemai, tai reikia apatinis korneos kraštas atpiauti ir, kableliu pakėlus skiautės kraštą, atatinkamu instrumentu iškelti iš kameros kertės krislas, asistentui prilaikant rainelę špateliu, kad nekliudytų.

Tokia pat korneos skiautė galima atpiauti Graefe'o peiliu arba kitu kuriuo aštriu peiliuku, einant iš lauko į vidų, ir, prapiovus ragenos pakraštę iki kameros, Wecker'o žirklikėmis padidinti piūvis į abi pusi, kolei pasidarys reikiamo dydžio skiautė.

Prahos klinikoje prof. Elschnig'as operuoja šitokiuo būdu: Ties krislu, 1 cm. atstu nuo ragenos krašto jis daro konjunktivoje paralelį limbui piūvį, atseparuoja konjunktivą iki limbo, užverčia ją ant ragenos, daro apie 8 mm. ilgio piūvį skleroje šalimais su limbu ir jam paraleliai, pincetu tempdamas už konjunktivos skiautės, pakelia rageną ir kitu pincetu išima iš kameros krislą[20]). Šitai Elschnig'o metodei galima būtų prikišti tik rainelės iškritimo pavojus. Gi rainelė reikia stengtis

---

[19]) Lederer. „Bronze im Auge. Ein neues Verfahren für die Fremdkörper-Extraktion aus dem Kammerwinkel". („Kl. Mon. f. Aug." 1923, t. 71, p. 703).

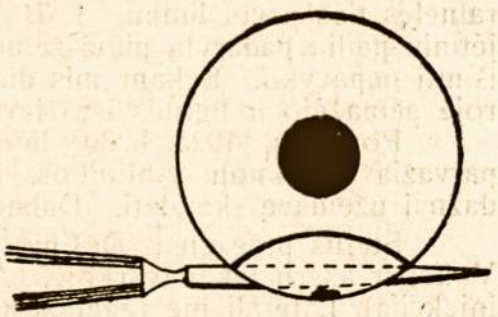
[20]) Erben. „Entfernung eines Glassplitters aus dem Kammerwinkel". („Klin. Mon. f. Aug." 1924, Bd. 73, p. 430).

tausoti ir kiek galint apsieiti be iridektomijos, kad nepasiliktų nemalonios kolobomos.

Charles Gouldeno[21]) pataria pryšakinės kameros krislų atsitikimams piūvį daryti jėtiniu peiliu ne iš korneos pakraštės į kameros vidų, bet iš pačios korneos į kameros kertę, kertės linkui. Tokį pat būdą buvo pasiūlęs ir Desmarres[22]). (Žiūr. pav. 1, kairioji pusė).

Haab'as, paminėjęs Gouldeno ir Desmarres'o metodę, iš savo pusės pataria panašiam tikslui piauti Graefe'o peiliu, kaip kad darant kataraktos operaciją, tik tuo skirtumu, kad krislui išimti piūvis reikia daryti nuo korneos periferijos centro linkui, nepasiekiant vyziuko srities, tai yra paties korneos centro. Korneoje pasidaro lanko pavidalo piūvis. Korneos skiautė kabliuku atlenkiama ir tuo ar kitu instrumentu krislas išimamas. Tokiu būdu galima patogiai pasiekti krislas kameros kertėje ir nėra tokio pavojaus rainelei iškristi. Šitokią metodę Haab'as sakosi esąs išmėginęs kiaulių akims ir randąs ją tikslinga, tik žmogui jam dar nebuvę progos jos pavartoti[23]).

Man teko tris kartus pavartoti šita naujoji Haab'o metodė (žiūr. pav. 3) ir aš, visai jam pritardamas, galiu patikrinti, kad ta metodė yra labai tikslinga ir techniškai lengva.



Pav. 3.

Operacija daroma vietinėje anestezijoje. Prieš operaciją akis reikia ezerinizuoti. Operacijai reikia prirengti šie instrumentai: blefarostatas, fiksacinis pincetas, kataraktinis Graefe'o peilis, smailus dvišakas arba vienšakas (kataraktinis) kablelis ragenos skiautei atversti, pincetai, Daviel'io šaukšteliai, kiuretės, špateliai, iris-pincetas ir iris-žirklikės.

Dantėtas pincetas gali būti pavartotas minkštiems (pav. medžio) krislams. Nuo kietų metalinių krislų, ypačiai apskritų, toks pincetas nuslysta ir gali krislą dar toliau nustumti gilyn į akį. Patogesnis čia būtų lygiagalis pincetas arba su skersai įramtytais galais. Mažiems apskritiems krislams geriau tinka kataraktinis šaukštelis, kuriuo galima krislas išsemti iš kameros (Horner[24]). Knapp'as karštai pataria kameros krislui kiuretę, kuria esą lengviau užeiti krislui iš užpakalio.

Įdomu, kuriuo būdu Knapp'as priėjo prie kiuretės minties. Kartą Knapp'as operavo akies krislo atsitikimą. Jis įvairiais

---

[21]) „Brit. Journ. of Ophthalm." 1920, t. 4, p. 223–231. — Ref.: „Zentralbl. f. d. ges. Ophthalm." Bd. III, p. 220.

[22]) Desmarres. „Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire". Paris. 1874, p. 468—478. — Cit. pagal Czermak'ą, l. c. p. 302.

[23]) Elschnig l. c p. 1418.

[24]) „Klin. Monatsbl. f. Aug." 1863, p. 395.

pincetais mėgino ištraukti iš linzės plieno krislą ir vis nesisekė. Žiūrėjęs operacijos chirurgas Esmarch'as patarė jam paimti kiuretę. Jos nebuvo. Tada Esmarch'as paėmė buvusį, čia pat ašarų kanalo zondą, užlenkė jo galą ir padavė Knapp'ui, — krislas lengvai pavyko išimti[25]).

Dabar eisime prie mano atsitikimų, kuriems buvo pavartota naujoji Haab'o metodė.

1) **Andriūnas**, 21 mt., darbininkas, iš Pagirių valsč. Pirmą kartą paguldytas akių klinikon 1924. I. 4. Prieš penkias dienas, šaunant iš medžioklinio šautuvo, pistono skeveldrikė pataikiusi į dešiniąją akį. Ligonis tuojau pastebėjęs akyje spindintį krislą ir norėjęs jį nubraukti, bet pasirodė esąs akies viduje.

Tiriant rasta: dešiniosios akies didelė ciliarinė injekcija su konjunktivos chemoze. Lateraliame korneos kvadrante netoli nuo centro pailga žaizda su sukibusiais kraštais. Pryšakinėje kameroje ant dugno yra sukrešėjusio eksudato pailgas gabaliukas, stačias. Rainelė žemutinėje pusėje drumzlina, hiperemiška. Ties eksudatu rainelėje matyti nedidelė hemoragija. Vyziukas ne visai apskritas, kiek ištysęs į apačią. Linzė normali. Akies dugnas matyti kaip pro rūką, normalus.

Po dviejų dienų eksudato kameroje pamažėjo, jis pasidarė nebe toks tirštas ir pro jį galima buvo matyti gelsvai raudona šukikė, gulinti ant rainelės ties pačiu limbu. I. 7. buvo mėginta išimti krislas iš akies pro įpėtiniu peiliu padarytą piūvį žemutiniame ragenos krašte ties limbu. Krislo išimti nepavyko. Sekamomis dienomis akis kiek aprimo, eksudato kameroje pamažėjo ir ligonis išvažiavo namon.

Po metų, 1925. I. 30. ligonis vėl sugrįžo ir papasakojo, kad, tuoj parvažiavus namon iš klinikos, akis porą mėnesių buvusi rami, o paskui dažnai užeidavę skaudėti. Dabar jau 10 dienų labai gelią.

Status praesens: Dešiniosios akies didelė photophobia ir epiphora. Vokai ir ašarų takai tvarkoje. Akies obuolys stipriai paraudęs (ciliarinė injekcija). Lateraliame ragenos kvadrante netoli nuo centro nedidelis ragenos randas trikampio pavidalo. Kitas liniinis randas yra išilgai žemutinio ragenos limbo. Aukščiau šito rando kornea giliai vaskularizuota. Žemutiniame kameros kampe gelsvas guzuliukas, kurio apatinė dalis vaskularizuota, o viršūnė balta. Fokusinėje (plyšinės lempos) šviesoje matyti lyg būtų tame guzuliuke koks tamsus pailgas branduolys. Rainelė hiperemiška. Vyziukas kriaušės pavidalo; žemutinis jo kraštas pritrauktas prie guzuliuko, kiti kraštai dantėti, sukibę su linze, tik viršutinis kraštas palaidas. Ant linzės kapsulos daug pigmento taškų.

Kairioji akis normali. Precipitatų nėra. Nedidelis astigmatizmas. Visus od $= {}^{4}/_{15}$, os $= {}^{4}/_{7}$. Rentgenograma negatyvi.

Po kelių dienų, akiai truputį aprimus, buvo pasiryžta dar kartą pamėginti ištraukti iš kameros krislas, apsinešęs eksudatu, kuris dalinai buvo organizuotas į plėvę ir vaskularizuotas.

Šiam kartui pasirinkta naujoji Haab'o metodė. Kokainizavus akį, kataraktiniu peiliu, laikant piaunamąjį kraštą pasuktą aukštyn taip pat, kaip darant pagal Graefe kataraktos operaciją, įdurta ties limbu lateraliai nuo krislo, vienoje aukštumoje su juo, ir išdurta kitoje krislo pusėje simetriškoje vietoje. Paskui, piūklišku būdu traukiant peiliuką aukštyn, atpiauta ragenos skiautė, kurios viršūnė buvo maždaug ties vyziuko žemutiniu kraštu. Užkabinus kataraktiniu kabliuku už ragenos skiautės krašto, buvo praskleista žaizda. Kataraktiniu šaukšteliu įeita į pryšakinę kamerą pagal rainelę ligi pačios kertės ir, palenkus šaukštelį korneos linkui, tarytum norint ką pasemti iš kameros kertės, šaukštelis pagal korneą ištrauktas iš

---

[25]) Knapp. „Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Inneren des Auges". („Arch. f. Augenh." 1879, t. 8, p. 71).

kameros. Šaukštelyje iš tikro pasirodė bėsąs mažutis plonas dantėtas krislas su aštriais kampais. Išėmus krislą, akis atropinizuota ir užrišta.

Ant rytojaus akis atrodė nedaug tesujaudinta, žaizdos kraštai sulipę, kamera atsigavusi. Po savaitės ligonis paleistas namon su ramia akimi, tik dar kiek padrumzlėjusiu stiklakūniu. Visus = $^4/_{15}$.

2) **Poderys J.**[1]), 26 mt., žemdirbys, iš Zapyškio valsč., priimtas akių klinikon 1925. II. 14 d. su šitokia anamneze:

1918 metais kariuomenėje sprogdinant bombas, atskaidukė užgavusi dešiniąją akį. Po to apatinė akies obuolio pusė buvusi kurį laiką kiek paraudusi, bet akies neskaudėję. Prie gydytojo nesikreipęs ir dirbti nebuvęs perstojęs. Matyte vis gerai matydavęs, tik 1922 m. pabaigoje, reiškia, po ketverių metų, akis pradėjusi be kokio skausmo temti. Tik po mėnesio akis paraudusi ir ją pradėję skaudėti. Gruodžio mėn. buvo dešimčiai dienų atsigulęs į R. Kr. Ligoninę. Čia buvo rasta: vidutinė ciliarinė injekcija, žemutinėje akies obuolio pusėje per 3 mm. nuo limbo konjunktivos randas. Ragena ties centru padrumzlėjusi atskirais ruožais parenchimoje. Linzės kapsula taip pat drumzlina, tarytum būtų apsinešusi eksudatu. Rainelė hiperemiška, jos žemutinėj: pusėje prie pašaknės ties korneos limbu mažutė apskrita juoda vieta, lyg būtų rainelėje maža skylikė. Akies dugno nebuvo matyti. Regėjimo buvo tik kiekybinis šviesos jutimas.

Ligoninėje akis buvo aprimusi, buvo ir regėjimas kiek pasitaisęs, bet neilgai trukus akis vėl pasidariusi skaudi ir 1923 m vasario mėnesyje ligonis vėl sugrįžo į ligoninę su didele ciliarine injekcija, su eksudatu ties vyziuku, su padrumzlėjusiu stiklakūniu. Del krislo, ligonis stačiai tvirtino nebuvęs akies prisikrėtęs ir anuomet, bombas sprogdinant, akis buvusi tik iš viršaus užgauta. Karo Ligoninės Rentgeno kabinete nei peršviečiant nei nuotraukoje svetimkūnio akyje nerasta. Wassermann'o reakcija negatyvi; urina normali; Ponndorff'as silpnai pozityvus.

Pusę metų ligonis gydėsi čia ligoninėje, čia ambulatorijoje, kiek pagerėdamas ir vėl be jokios priežasties pablogėdamas. Pryšakinės kameros vanduo buvo pasidaręs drumzlinas. Drumzlai susimesdavo į kruvą hypopyon'o pavidalu ir vėl pranykdavo. Be to, žemutinėje kameros kertėje, toje vietoje, kur pirma buvo lyg ir rainelės defektas, atsirado mažas gelsvas grūdelis, iš viršaus vaskularizuotas, tarytum sifilinė papulė. Palengva žemutinė rainelės pusė prisitraukė prie periferijos ir pasidarė tarytum koloboma.

Daugiau kaip metams akis buvo visai aprimusi. 1924 m. gruodžio pabaigoje, po kelių nemiegotų nakčių, vėl pradėjo akį gelti. Gydėsi iki šiolei ir ligoninėje ir ambulatoriškai be jokių pasekmių. Buvo pavartota ir antiluetinė terapija, ir tuberkulinoterapija, ir proteinoterapija be jokių pasekmių. Žemutiniame kameros kampe buvo atsiradę trys apskriti gelsvi guzuliukai, kurių vienas didesnis tarytum auga iš kertės aukštyn į kamerą, o kiti mažesni pačioje rainelėje, panašūs į teberkulus. Pakartotinė Wassermann'o reakcija vis buvo negatyvi. Bendrų tuberkulozės reiškinių taip pat nebuvo. Pakartotinė rentgenografija (valstybinėje ligoninėje) negatyvi. Bandymas didžiuoju elektromagnitu be pasekmių. Del nepakenčiamų skausmų atsigulė į kliniką.

Status praesens (1925. II. 14): Dešiniosios akies vokai supute, paraudę, su ekskoriacijomis. Iš akies plyšio nuolat bėga ašaros. Didelė ciliarinė injekcija. Žemiau ragenos ties ta vieta, kur pirmiau buvo konjunktivos randas, sklera paplonėjusi, juosvai persišviečia. Žemutinė ragenos pusė giliai vaskularizuota. Pryšakinės kameros žemutinėje kertėje yra gelsvo eksudato hypopyon'o pavidalo. Viduryje eksudato matyti gelsvas guzuliukas. Iš lateralio guzuliuko šono ant rainelės guli juodas kertuotas krislas. Iš pryšakio tas krislas vienu kampu yra atsispyręs į rageną. Medialis krislo kraštas atrodo, lyg būtų kraujo indų apsuptas. Rainelė žalsva, drumzlina; vyziuko kraštas vietomis sukibęs su linzės kapsula, o

[1]) Buvo demonstruotas Kauno Medic. Dr-jos posėdyje 1925. III. 6 d.

žemai ištemptas ligi kameros kertės ir atrodo kaip koloboma. Linzės kapsula padrumzlėjusi. Akies dugno nematyti. Visus = $\frac{1}{\infty}$.

Kairioji akis normali. Visus = $^4/_4$. Precipitatų nėra (pro plyšinę lempą).

II. 19. Padaryta operacija. Ragenos piūvis lineariu peiliu žemutiniame ragenos kvadrante pagal Haab'o metodę. Atlenkus kableliu ragenos skiautę, anatomiškuoju pincetu išimtas iš pryšakinės kameros krislas — varinė atskaidukė.

II. 20. Akis rami. Žaizdos kraštai sulipę. Kamera atsigavus.

II. 22. Per naktį didelė epiphora. Ragenos žaizda prasiskėtus. Kameros nėra. Ligonis aiškina akies pablogėjimą tuo, kad iš vakaro seselė, tepdama vokus, kiek spūstelėjus akį.

6 val vak. Žaizdos kraštai sulipę, kamera gili, vyziukas platus.

Tolimesnis akies gijimas ėjo netrukdomas.

III. 7. Vokų ekzema sugijo. Akis rami, nors dar truputį paraudusi. Ragenos žaizda gražiai sugijusi. Vyziukas pasiliko kriaušės pavidalo, platus, juodas. Akies dugno pro stiklakūnio drumzlus nematyti. Visus = $\frac{1}{\infty}$ Ligonis paleistas namon.

3) **Ikanevičius K.**, 21 mt., darbininkas, iš Musnikų valsč. Atsigulė į akių kliniką 1925. V. 8 d. su šiais daviniais:

1920 m. radęs savo kieme granatos kapsulę, pamestą po mūšio lietuvių su lenkais. Norėjęs pasidaryti „cigarnyčią", bet krapštant sprogusi, visiškai nutraukusi kairiosios rankos 4 pirštus ir užgavusi dešiniąją akį. 5 savaites gulėjęs ligoninėje. Akies lėliukė buvusi pasidariusi visa balta, bet paskiau pajuodavusi. Ketverius metus akies neskaudėję. Dabar jau pusė metų akis nerami, paraustanti, imanti ašaroti ir po kelių dienų vėl praeiną. Paskutiniu du mėnesiu pasidarę blogiau, akį ir galvą kartais taip gelią, kad naktį užmigti negalįs.

Status praesens: Blepharospasmus, photophobia. Vidutinė ciliarinė injekcija. Žemutinė ragenos pusė drumzlina, vaskularizuota; jos paviršius tarytum išbadytas, tarpais turi smulkių puslėlyčių. Rainelė hiperemiška, vartant akį juda (iridodonesis). Vyziukas siauras; jį užstoja linzės liekanos — stora sekundarinė katarakta. Pryšakinės kameros žemutiniame kampe prie rainelės matyti gelsvas guziukas, — spėjama, kad tai bus krislas, apsinešęs eksudatu. Oftalmoskopuojant dugno detalių nematyti. Rentgenografija negatyvi. Visus su + 12,0 D = 0,06. Kairioji akis normali. Visus = 1,0. Precipitatų nėra (pro plyšinę lempą)

V. 12. Operacija pagal H a a b'ą. Graefe'o peiliu padarytas ragenoje skiautinis piūvis. Atlenkus atpiautą korneos skiautę, Daviel'io šaukšteliu buvo įeita į pryšakinę kamerą ir išsemtas svetimdaiktis — pajuodusio vario gabaliukas. Lyg tik pradėjus piūvį, jau pasirodė kameroje stiklakūnis. Operaciją pabaigus, stiklakūnio gabaliukas pasiliko įstrigęs tarp žaizdos kraštų.

Gijimas vyko lėtai. V. 29., paleidžiant iš klinikos, akis buvo rami, korneos randas kiek ektatiškas, žemutinė ragenos dalis truputį padrumzlėjusi, vyziukas storos sekundarinės kataraktos aptrauktas, matymas koks buvęs.

* * *

Iš šitų trijų atsitikimų mes matome, kad akių pakantrumas, prasimušus į akį krislui, nėra vienodas. Vienokios medžiagos ir kilmės krislas pirmuoju atsitikimu akiai beveik nemaž nedavė ramumo, kolei buvo išimtas; gi antruoju ir trečiuoju atsitikimu ketverius metus buvo akies ramiai nešiojamas. Visais trimis atsitikimais uždegimo reiškiniai būdavo nepastovaus intensyvumo, su ilgesniais ar trumpesniais ramiais intervalais. Visais trimis

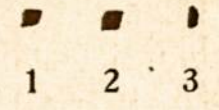
atsitikimais iš kameros kertės kyšojo gelsvi guzuliukai; jie buvo dalinai vaskularizuoti ir turėjo kiek panašumo į luetinius rainelės susirgimus. Ypačiai įtartinas buvo antrasis atsitikimas, kuriame buvo keli tokie guzuliukai.

Pirmaisiais dviem atsitikimais buvo charakteringa vyziuko deformacija, — būtent, iš pradžios vyziukai atrodė pailgai išsitempę krislo linkui. Vėliau, besiorganizuojąs kameros kertėje eksudatas buvo žemutinį vyziuko kraštą visiškai pritraukęs prie rainelės pašaknės; atrodė, kaip prigimta koloboma.

Nors visais atsitikimais ligoniai ligi operacijos buvo ilgai kentėję nuo pasikartojančio iridociklito ir dviem atsitikimais krislas buvo gana ilgai nešiotas akyje (2-me su viršum 6 metus, 3-me 4 metus), tačiau antroji akis pasiliko visai normali ir net plyšine lempa ir mikroskopu precipitatų nė žymės nebuvo rasta.

Visais atsitikimais Rentgeno nuotraukos, prityrusių rentgenologų aiškinamos (Dr. Žemgulys ir Dr. Kalvaitytė), davė neigiamų rezultatų. Vogt'o metodė beskeletėms akių nuotraukoms daryti nebuvo pavartota.

Krislai visais trimis atsitikimais buvo variniai. Jie svėrė: pirmuoju atsitikimu 1,5 mgr., antruoju — 7,6 mgr. ir trečiuoju — 0,5 mgr. Paveikslėlyje Nr. 4 jie atvaizduoti naturalaus dydžio.



1 2 3

Pav. 4.

Daugeliu atžvilgių įstabus yra antrasis atsitikimas. Visų pirma, ligonis neigė krislo galimumą. Ragenoje perforuojamo sužeidimo žymės nebuvo. Buvo tik randas konjunktivos žemiau ragenos. Vėliau ties tuo randu buvo pasidariusi melsva sklera, matyti, suplonėjusi nuo rando. Reikia manyti, kad krislas prasimušė į akį pro sklerą ir pakliuvo į užpakalinę kamerą, užpakalyje rainelės. Turbūt, tas krislas savo smailiu kampu buvo kiaurai pramušęs rainelę ties jos pašakne, bet nepajėgė visas prasimušti į pryšakinę kamerą. Tad nuostabus dalykas, kad vario krislas, gulėdamas užpakalinėje kameroje ant ciliakūnio, ketverius metus nebuvo sužadinęs akyje ypatingos reakcijos.

Toliau, šitas atsitikimas yra įdomus dar tuo, kad krislas per pustrečių maždaug metų po to, kai prasidėjo pirmieji iridociklito reiškiniai, iš užpakalinės kameros pro rainelės pašaknę persikėlė į pryšakinę kamerą, kurioje pasirodė begulįs palaidas, išsinėręs iš savo flogistinės marškos.

Panašių, keliaujančio akyje krislo, atsitikimų yra literatūroje ne vienas aprašytas (žiūr. Wagenmann, l c. p. 1247 ir 1268). Tūlas krislas, bekeliaudamas, savaime prasimuša laukan iš akies. Kai kada krislas jau po kelių dienų pasirodo žaizdoje, gi dažniau tik po kelių mėnesių ar metų jis teprasimuša. Variniai krislai keliauja akyje ir prasimuša laukan dažniau negu geležiniai, gal delto, kad variniai krislai labiau žadina uždegimo reiškinius. Tokia akis ne būtinai apanka. Gali pasilikti dar šioks toks regėjimo laipsnis.

Hildesheimer'o atsitikimu[26]) geležies krislas, išbuvęs akyje 13 metų, kelis kartus veltui operuotas, savaime prasimušė pro sužeidimo randą. Susigėrus linzės likučiams, regėjimo pro kataraktinį stiklą buvo $^5/_{15}$. Šitas atsitikimas įdomus dar tuo, kad taip ilgai išbuvęs akyje geležies krislas (sideroskopija pozityvi) nebuvo padaręs akies siderozės, nors, matyti, buvo sužadinęs iridociklito reiškinius, nes ligonis tarpais buvęs gydomas nuo tariamai sifilinio irito.

Schmid'o atsitikimu vario krislas, išbuvęs stiklakūnyje 9 mėnesius be ypatingo jaudinimo, savaime išlindo iš akies pro sužeidimo vietą, ir akies matymas pasiliko normalus[27]). Halàsz turėjo du atsitikimu, kad vario krislas po 5 metų pats išlindo iš akies laukan.[28])

Del operavimo būdo reikia pastebėti, kad pirmuoju atsitikimu buvo mėginta stačiai pro ragenos pakraštę prieiti prie krislo taip, kaip parodyta dešiniojoje paveikslėlio Nr 2 pusėje, bet nepavyko jo pasiekti. Po metų, pakartojus operaciją naujuoju Haab'o būdu, kaip parodyta pav. Nr. 3, stačiai buvau nustebintas nepaprastai lengvu pasisekimu. Ir kitu du atsitikimu, operuotu tuo pačiu būdu ir su tokiu pat pasisekimu, įtikino mane, kad naujoji Haab'o metodė, kurią jis sakosi tik kiaulių akims tėsąs bandęs, tikrai yra gera ir patogi imti krislams iš pryšakinės kameros, iš jos kertės.

Literatūra.

1) Czermak. — „Die augenärztlichen Operationen." 2 Aufl. Berlin — Wien. 1908, Bd. II, p. 294 — 304.

2) Haab.—„Die operative Behandlung der Fremdkörperverletzungen des Auges." In: Elschnig, „Augenärztliche Operationslehre" — Graefe-Saemisch. Handb. 2—3 Aufl. Berlin. 1922, Bd. 2, p. 1383—1502.

3) Hertel. — „Fremdkörperverletzungen des Auges." In: „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege" 1914—1918. Bd. V, Augenheilkunde, herausg. v. Th. Axenfeld. Leipzig 1922, p. 361—405 (yra literatūros sąrašas iš karo atsitikimų).

4) Pacheff. — „Sur les lésions de l'appareil visuel dans les guerres Balkaniques" (1912—1919). Annaire de l'Université de Sofia, Faculté de Médecine. 1924.

5) v. Szily. — „Atlas der Kriegsaugenheilkunde". Stuttgart. 1918, kap. X, p. 318.

6) Wagenmann — „Verletzungen des Auges mit Berücksichtigung der Unfallversicherung." Graefe-Saemisch. Handb. 3 Aufl. Bd. II, Berlin. 1921, § 205, p. 1464—1510 (yra literatūros sąrašas iki 1919 m.).

7) Wissmann. — „Die Kriegsverletzungen des Augapfels." Erlangen. 1925.

---

[26]) Hildesheimer. „Ueber Wanderung von intraokularen Fremdkörpern". Sitzungsber. d. Berlin. augenärztl. Gesellschaft. („Klin. Mon. f. Aug." 1921, t. 66. p. 931).

[27]) Schmid. „Ueber Spontanausstossung von Geschosssplittern aus dem Auge." Inaug.-Diss. Berlin 1917.

[28]) Halász. „Aus dem Augapfel spontan heraustretender Kupfersplitter." („Klin. Mon. f. Aug." 1925. t. 74, p. 523).

Autoreferat.

Autor bespricht die Schwierigkeiten, die sich bei der Diagnose und Therapie der Fremdkörper in der vorderen Kammer des Auges begegnen. Besonders schwierig sind die Fälle der kleinen amagnetischen Fremdkörper, die im Kammerwinkel hinter dem Hornhautlimbus versteckt sitzen und wegen ihrer Wintzigkeit radiographisch nicht nachweisbar sind. Zur operativen Entfernung solcher Fremdkörper empfiehlt Autor die von Haab am Schweinsauge geprüfte und in Elschnig's Augenärztliche Operationslehre (S. 1418) beschriebene Methode: Bogenschnitt der Hornhaut mit einem schmalen Graefeschen Messer, wobei ein pupillarwärts gerichteter Hornhautlappen entsteht. Wenn man den Lappen mit einem scharfen Häkchen nach vorne zieht, entsteht ein guter Zugang zum Kammerwinkel, aus dem man den Fremdkörper mit einer Kürette oder einem kleinen Davielschen Löffel herausschöpfen kann. Autor berichtet über drei eigene Fälle von Kupfersplittern im Kammerwinkel der vorderen Kammer, die nach dieser Methode äusserst leicht entfernt werden konnten. In einem der Fälle war der Splitter nach 7-jährigen Verweilen spontan aus der hinteren in die vordere Augenkammer eingewandert.

Dr. V. Kanauka,
Liet. Universiteto Chirurgin. klinikos asistentas
(Vedėjas — prof. Boit'as).

Operaciška plaučių tuberkuliozės terapija[1]).

Savo pranešime vadovausiuosi įspūdžiais, gautais Sauerbruch'o klinikoj.

Šiandien gal dar daug kam labai abejotinai ir keistai skamba pasakymas: „plaučių tuberkuliozė gydyti operacišku būdu". Bet kai labai dažnai konservatiškas gydymas būna bejėgiu, tenka išbandyti paskutinės priemonės, būtent, operaciškas gydymas.

Iš kalno turiu pasisakyti, kad operaciškas gydymas teatkomas tiktai tada, kada visos konservatiškos pastangos yra pasilikusios be pasekmių. Operacišķos priemonės turi sudaryti patogias prisitaikinimo sąlygas, kad organizmas galėtų geriau mobilizuoti savo biologines pajėgas ir tuo būdu pagyti, nors tas jam kainuotų didelių nukrypimų nuo fiziologinės bei anatominės normos.

Pamatinis principas yra suspausti sergantį tuberkulioze plautį, iššaukti jo kolapsą, duoti jam ramumo, susiaurinant kvėpavimo ekskursijas ir suspausti (suplokštinti) esamas kavernas. Operaciška plaučių tuberkuliozės terapija kitaip vadinama „susiaurinimo terapija" (Einengungstherapie) arba „kolapso terapija".

Sergančio plaučio susiaurinimas atsiekiamas dvejopais, skirtingais viens nuo kito, būdais:

1. Suspaudžiamas, nesusiaurinant krūtinės ląstos, tiktai plautis, suleidžiant indiferentiškų dujų į pleuros tuštymą (pneumothorax), arba atidalinant parietalinę pleurą nuo krūtinės ląstos sienos ir į tą tarpą įdedant plombą, kuri turi suspausti plautį (ekstrapleurinė pneumolizė ir plombavimas).

---

[1]) Pranešimas, skaitytas K. Med. Dr-jos posėdyj 1924 m. lapkr. m. 6 d.

2. Sumažinamas krūtinės ląstos talpumas, arba paralyžuojant diafragmą, del ko ji pakyla aukštyn (phrenicotomia), arba dalinai iškaulinant šoninę krūtinės ląstos sieną ir tuo būdu krūtinės ląstą susiaurinant (ekstrapleurinė torakoplastika).

Nurodytosios čionai 4-rių tipų operacijos pačios savaime nėra sunkios. Netgi totalinė torakoplastika technikos atžvilgiu nėra perdaug komplikuota operacija. Bet čion svarbu ne tiek operatoriaus technika, kiek jo prityrimas, kaipo klinicisto. Tenka aiškiai nustatyti taip kliniškas, taip patologiškai anatomiškas tuberkuliozės tipas, tuberkuliozinio lizdo lokalizacija, jo išsiplėtimas ir santykiavimas su kitais kaimyniniais organais. Reikia rimtai išnagrinėti, kuri iš operacinių metodžių atskirais atvejais geriau pavartoti ir kada, t. y. įspėti patogus operacijai momentas. Tikslus ir teisingas indikacijų nustatymas yra svarbiausias faktorius, nuo kurio pareina operaciško gydymo sėkmingumas. Nustatyti gi teisingai indikacijos — reiškia gerai pažinti procesas, del ko reikalingas rimtas kliniškas prityrimas. Operacija tai vienas iš bendros tuberkuliozės terapijos momentų, po kurio vėl tęsiama ilga ir sunki konservatiško gydymo procedūra, bet momentų labai svarbių. Ne vietoj ją pavartojus, galima ir pakenkti ligoniui.

Norėdami operacišką terapiją plaučių tuberkuliozei pavartoti, pirmoj eilėj turime atsakyti į klausymą: ar užtektinai organizmas produkuoja jungiamųjų audinių tuberkulioziniam lizdui aprėžti, jam peraugti ir paversti randu?

Negalima to laukti, kada tuberkuliozė perdaug toli yra pažengusi, organizmas perdaug tuberkuliozės toksinų nunuodintas ir jo allerginės jėgos išsemtos.

Ne visos patologo-anatomiškos tuberkuliozės formos linkusios duoti surandėjimus. Todel susiaurinimo terapijai daugiau tinka produktingoji tuberkuliozė, duodanti daug granuliacijų, kurios paskiau organizuojasi jungiamaisiais audiniais. Mažiau tinkamos eksudatiškosios tuberkuliozės formos, kurios jungiamųjų audinių neduoda. Maišytose formose susiaurinimo terapijai svarbu, kad persvertų produktingoji tuberkuliozės forma.

Svarbu irgi žinoti tuberkuliozinio lizdo dydis, jo lokalizacija, pleuros suaugimai, kito plaučio stovis.

Šitiems visiems svarbiems klausymams išspręsti naudojami visi kliniško tyrimo būdai.

Dažnai iš ligos eigos galime spręsti apie patologo-anatomišką jo formą: produktingoji tuberkuliozė vystosi palengva, eksudatiškoji progresuoja labai greit, lydima aukštų t^0 pakilimų. Prognozės atžvilgiu turi reikšmės bandomasis tuberkulino skiepymas, nurodąs allergijos laipsnį, taip pat ir kraujo vaizdas; kreipiama dėmesio į limfocitų ir eozinofilų padaugėjimą, kuris nurodo gerybinę tuberkuliozės formą.

Tuberkuliozei tirti Sauerbruch'o klinikoj labai plačiai naudojami Rentgeno spinduliai. Be R-no peršvietimų, be R-mų jie

nedaro nė vieno žingsnio, ir turiu pripažinti, kad šitoje srityje jie labai gerai orijentuojasi. R-nas jiems labai reali tyrimo priemonė, ne „tamsių šešėlių mokslas“. R-mose jie iššifruoja tuberkuliozės formą, laipsnį, lokalizaciją, palinkimą sustoti ar progresuoti; dažnai atspėja net tokius detalius, kaip pleuros suaugimai ir jų lokalizacija.

Kaip reiškiasi susiaurinimo terapijos veiksmas?

Plaučių tuberkuliozė pagyja tuo būdu, kad tuberkuliozinis židinys, peraugamas jungiamųjų audinių, surandėja. Nuo to plautis turi sumažėti. „Susiaurinimo terapija“, atpalaiduodama nesveiką plautį, eina jam pagelbon šituo atžvilgiu. Kavernos, kurios turi kietas randuotas sienas, susispaudžia kartu su plaučiu, skrepliai jose daugiau nesusituri. Tokia sumažėjusi kaverna lengvai gali būti jungiamųjų audinių užpildyta. Ramiame, nedalyvaujančiame kvėpavime, plautyje prasideda gyvesnis jungiamųjų audinių augimas. Tas buvo eksperimentais patikrinta, perrišant vieną iš bronchų (N i s s e n). Kraujo ir limfos apytaka tokiame kollabuotame plautyje irgi pasikeičia. Ar padidėja šituo atveju plauties hiperemija, klausymas ginčijamas. Vienų manoma, kad hiperemija padidėja, bent pačioj kolapso pradžioj (S a u e r b r u c h), kitų gi manoma atvirkščiai, kad kraujo apytaka kollabavusiame plautyj sumažėja (B r a u e r, B r u n s). Bet tas dalyko nekeičia, kadangi eksperimentais patirta, kad anemizuotame plautyj taip pat eina didelis jungiamųjų audinių augimas, kaip ir hiperemuotame. S a u e r b r u c h'as ir B r u n s'as gaudavę didelę jungiamųjų audinių hiperplaziją, perrišdami art. pulmonalis šakas; tą pat gaudavęs T i e g e l'is, susiaurindamas venae pulmonalis vamzdį. Kollabavusiame plautyj įvyksta limfos stazė, kuri, be abejojimo, sukelia didelę jungiamųjų audinių hiperplaziją. Tame mes galime įsitikinti, prisiminę tokį ryškų pavyzdį, kaip elephanthiasis.

Be vietinio veiksmo, susiaurinimo terapija turi bendrą veiksmą organizmui. Pirmose po operacijos dienose pradeda kilti aukštyn t^0, než ūrint, kad žaizda gyja aseptiškai ir skreplių užsiturėjimo visiškai nėsama. Tas t^0-ros pakilimas aiškinamas, kaipo reakcija į pasiliuosavusį didesniame skaičiuj tuberkuliotoksiną. Įvyksta kaip ir organizmo autotuberkulinizacija. Be abejojimo, šitas dalykas vaidina tiktai antraeilę rolę, bet reikalinga jam pripažinti reikšmės, kaipo faktoriui, veikiančiam bendrai visą organizmą ir stiprinančiam imuniškas jo jėgas.

Esant aktingam procesui kitame plautyj, susiaurinimo terapijos vengiama, kadangi vikariškai padidėjęs jo veikimas gali neigiamai atsiliepti į procesą. Neaktingas kito plauties procesas susiaurinimo terapijai nekliudo. Dažnai būna sunku atspėti, ar kitos plaučių pusės židinys aktingas ar ne. Gali atsitikti, kad židinys, pirmiau buvęs neaktingas, po susiaurinimo terapijos pasidaro aktingu. Ypač po pneumotorakso reikalinga sekti kito plaučio stovis ir, pastebėjus pablogėjimą, tuojau reikalinga pneumotoraksas paliauti. Jeigu esama parodymų torakoplastikai, bet

nepasitikima kitu plaučiu, daromas bandomasis n. phrenici išrovimas. Jei po to kito plaučio procesas nėra linkęs progresuoti, galima daryti torakoplastika.

Susiaurinimo terapija kartais turi gero veiksmo ir eksudatiškajai tuberkuliozės formai, paversdama ją produktingąja.

Susiaurinimo terapija yra gera priemonė sustabdyti pasikartojančiam ir kitomis priemonėmis neįveikiamam haemoptoe. Po pneumotorakso arba po n. phrenici išrovimo haemoptoe liaujasi. Torakoplastika šitam reikalui tenka pavartoti labai retai.

Kiekvienas nurodytų „susiaurinimo terapijos" būdų turi savo gerų ir blogų savybių. Kai reikia spręsti, kuris iš jų pavartoti, dažnai susiduriame su sunkiu uždaviniu. Aiškiau tam pabrėžti tenka trumpai pakalbėti apie kiekvieną nurodytų operacinių būdų atskirai.

Pneumotoraksas patsai savaime yra labai paprasta ir lengva operacija, ne vien tiktai chirurgų, bet ir internistų plačiai daroma. Vienok tai yra operacija irgi labai rimta ir netgi pavojinga, jeigu ji vartojama be atsargumų. D-ras Legeika, praeitųjų metų „Medicinoj"[1]), norėdamas pneumotorakso operaciją išpopuliarinti, yra pasiūlęs paprastesnį jos būdą. Jisai praduria pleurą ne su buka adata, bet su paprastąja Rekordo švirkšto aštria adata; jaučia netgi, kaip tas aštrusis adatos galas drasko plaučių pleurą kvėpuojant. Oro spaudimo matavimą laiko bereikalingu, nors čion pat manometrą turi ir nesunku būtų spaudimas išmatuoti. Suleidžia tiktai nespaudžiamą orą ir laiko tą terapiniam pneumotoraksui ganėtinu. Visa tą d-ras Lepeika daro „norėdamas išsklaidyti viešpataujančią ligi šiol nuomonę, kad metodė esanti pavojinga ir labai komplikuota". Visiems mums rūpi pneumotorakso operacija išpopuliarinti, padaryti paprastesne ir visiems prieinama, bet negalime to daryti, atmesdami visus atsargumus, kurie, šitą operaciją darant, būtini. Populiarinkim, bet ne profanuokim. Pleuros tuštymas yra svarbi žmogaus organizmo vieta, turinti ankštų ryšių su svarbiais gyvybei organais, ir neleistina su juo daryti, kas norima ir kaip norima. Todel ir d-ro Legeikos pasiūlytasis pneumotorakso būdas reikia laikyti neleistinu.

Aš noriu trumpai atpasakoti, kaip pneumotoraksas daromas Sauerbruch'o klinikoj. Pirmiausia ligonis tiriamas visais kliniškais būdais. R-no pagelba nustatomas tuberkuliozės tipas ir lizdo lokalizacija. Jei spėjama pleuros suaugimų, pneumotoraksas visai nedaromas arba daromas labai atsargiai. Vartojamas gana paprastas aparatas Muralt tipo su Deneke adata. Duriama pagal užpakalinę aksillarinę liniją, maž daug 4—6 šonkaulių tarpan, jei nenumatoma toje vietoje suaugimų. Priešingai, duriama kitoje vietoje. Atsargumas ypač reikalingas, darant pirmąjį oro suleidimą; antrasis dūrimas, kai anksčiau suleistu oru visce-

[1]) „Medicina" 1924, Nr. 6—7.

ralinė pleura nustumta nuo parietalinės, mažiau pavojingas. Pirmą kartą suleidžiama ne daugiau kaip 500 kb. cent. oro. Po pirmo suleidimo daromas peršvietimas R-no spinduliais ir žiūrima, kokią poziciją yra užėmusi oro pūslė, kaip stovi suspaustas plautis; tada pamatomi ir esami pleuros suaugimai. Konstatavus pleuros suaugimus, pneumotoraksas dažniausiai paliaujamas, kadangi — 1) plautis negali visai kollabuoti ir tuo būdu pneumotoraksas nepasieks tikslo ir 2) jeigu arti suaugimų yra kaverna, tai jos siena, suaugimų trūkčiojama kvėpuojant, gali prakiurti į pleurą. Rytojaus dieną vėl suleidžiama 500 kb. cent. oro ir taip kasdien per kelias dienas, kol bus gautas geistinas plaučio kolapsas. Kiekvieną kartą daromas peršvietimas R-no spinduliais. Vėliau kartotiniai oro suleidimai daromi kas savaitė, dar vėliau — kas dvi savaiti. Pačioj pradžioj pneumotoraksas daromas tiktai stacionariškai, vėliau ambulatoriškai. Pneumotoraksas, gerai procesui einant, nekliudo ligoniui užsiiminėti savo profesija, ir tiktai kas dvi savaiti jisai turi ateiti ligoninėn pakontroliuoti ir pneumotoraksui panaujinti.

Geros pneumotorakso savybės tos, kad tai yra nekruvina operacija ir nepririša ligonio prie lovos. Be to, pneumotoraksas mums gali duoti visišką plaučio kolapsą, visišką kavernų sumažėjimą, kokio neduoda netgi torakoplastika. Bet pneumotoraksas turi ir silpnų savybių. Pirmiausia, jo pritaikinimas yra aprėžtas. Jeigu esama proceso kitame plautyj, tai pneumotoraksas jį labai blogai veikia ir netgi iš neaktingo padaro aktingu, ko mes negalime užmesti n-vi phrenici išrovimui ir netgi dalinai ekstrapleurinei torakoplastikai. Esant pleuros suaugimams, pneumotorakso vengiama, kadangi jisai nepasiekia tikslo arba gali įvykinti kavernos prakiurimą pleuros tuštyman. Tuo būdu gausime spontanišką pneumotoraksą ir infekuotą pleuros empyemą, susijungusią su bronchu, — viena blogiausių komplikacijų, kokias tiktai gali duoti plaučių tuberkuliozė.

Gydymo laikas labai ilgas. Anot R a n k e, tuberkuliozinis procesas plaučiuose gali visai surandėti tiktai per du metu. Taigi per tiek laiko turi būti ir pneumotoraksas daromas. Per tokį gi ilgą laiką įvyksta pleuros tuštyme pakitimų. 50% pneumotoraksų per ilgesnį laiką duoda eksudatą pleuroj. Tasai eksudatas nekenksmingas, kol jisai steriliškas. Bet gana didelis jų procentas infekuojasi, nežiūrint į pedantiškiausias aseptikos priemones, ir tada gauname labai negeistiną komplikaciją — infekuotą tbc. empyemą.

Silpnoji pneumotorakso savybė irgi ta, kad jisai susiaurina tiktai plautį, krūtinės ląstos gi siena palieka vietoje. Prileiskime, kad tbc. procesas per ilgą laiką pneumotoraksu gydant, pagijo. Pneumotoraksas daugiau nebedaromas ir plautis turėtų vėl išsitiesti. Bet per ilgą laiką jisai suspėjo surandėti, pavirsti atelektingu: jisai išsitaiso tiktai dalinai, bet krūtinės ląstos sienos nepasiekia. Palieka tuo būdu tuštymas, su kuriuo reikia kas

nors daryti. Ir čion po pneumotorakso turi sekti torakoplastika, kas dažnai ir atsitinka. Taigi čion kyla klausymas, ar nevertėjo anksčiau torakoplastika padaryti, kad nesugaištume laiko ir nerizikuotume gauti empyemos. Labai dažnai atsitinka, kad gydymas pradedamas pneumotoraksu, toliau seka n-vi phrenici išrovimas ir, pagaliau, užbaigiama torakoplastika.

Nežiūrint silpnųjų savybių, visgi pneumotoraksas yra geras savo paprastumu ir dideliu gydomuoju veiksmu ir del to, kiek galima, plačiau turi būti vartojamas.

Ekstrapleurinės pneumolizės arba, kitaip sakant, *pleurolizės* esmė yra ta, kad dažniausiai ten, kur dei pleuros suaugimų plautis negali kollabuoti, atliuosuojama šoninė pleura nuo krūtinės ląstos sienos; tuo būdu atsiliuosuoja ir patsai plautis. Tam reikalui rezekuojamos 1—2-jų šonkaulių dalys, keliui prie šoninės pleuros pasidaryti. Toliau buku būdu atliuosuojama pleura su fascia endothoracica nuo šonkaulių. Be abejojimo, toksai pleuros atliuosavimas daromas tiktai suaugimų ribose. Gautasai ruimas gali būti užpildytas tamponu arba plomba. Beveik išimtinai vartojama kieta plomba iš parafino su bismutu ir bioformu. Vartojant plombą aseptika turi būti užtikrinta ir kraujavimas gerai sustabdytas, kadangi žaizda aklai užsiuvama. Tokia plomba spaudžia plautį kavernos srityj ir tuo būdu ją susiaurina. Pleurolizė su plombavimu daromas beveik išimtinai tiktai esant kavernoms plaučių viršūnėse. Jei kaverna žemutinėj plaučių dalyj, tai tą uždavinį visai atlieka n. phrenici išrovimas. Gera plombavimo savybė yra ta, kad jisai gali būti daromas, ir esant aktingam tbc. procesui kitoj plaučių pusėj. Bloga savybė ta, kad jisai ne visada atlieka savo uždavinį, efektas būna tiktai laikinas ir yra didelio pavojaus, kad tokia plomba gali prakiurti į laisvą pleurą. Sauerbruch'o yra aprašytas atsitikimas, kada po 11 metų tokia plomba prakiuro į bronchą ir ligonis ją išspiaudė. Be tuberkuliozės, pleurolysis ir plombavimas dar vartojamas, esant bronchiektazijoms arba plaučių abscesams netuberkuliozinės rūšies. Esant tuberkuliozei jisai vartojamas aprėžtai ir daug rečiau negu torakoplastika.

Phrenicotomia arba n-vi phrenici perpiovimas plaučių tuberkuliozei gydyti buvo pasiūlytas Stuertz'o 1911 mt. Pertraukus n-vus phrenicus, diafragma paralyžuojasi, pakyla aukštyn ir, kvėpuojant, nejuda. Kadangi diafragma yra svarbiausias inspiratorinis organas, tai, ją paralyžavus, kvėpavimo ekskursijos toje plaučių pusėje susiaurėja, plaučio tūris žymiai sumažėja, plautis susispaudžia. Kartu susispaudžia ir esamos jame kavernos, ypač žemutinėj plaučio dalyj. Tuo būdu susidaro geros sąlygos tbc. procesui gyti. Be n. phrenicus, dažnai (25%) būna n. nebenphrenicus, kuris kakle eina giliau po raumenimis ir tik paskiau krūtinės ląstoj susijungia su n. phrenicus. Be to, dar n. phrenicus gali turėti ir kitų anastomozių, pav., su kaklo nervais, su n. subclavius ir netgi su simpatiniais mazgais krūtinės ląstoj. Todel vien

tiktai perpiovimo n-vi phrenici neužtenka, kadangi diafragma gali gauti impulsų per anastomozes. Todel, W. Felix'o pasiūlymu, vietoje paprasto perpiovimo, daromas *n. phrenici išrovimas (phrenicoexairese).* Jei nepasiseka išrauti viso nervo, tai pakanka išrauti 12—15 cent. galas, kaip ryšis su anastomozėmis būna pertrauktas ir diafragma visiškai paralyžuojasi. Phrenicoexairese yra labai paprasta ir nepavojinga operacija. Užmetimai, kad phrenicoexairese yra pavojinga del galimų didelių krūtinės indų sužalojimo, yra grynai teoriško pobūdžio. Literatūroj mes nežinome pavyzdžio, kad praktikoj būtų kada nors įvykęs indų sužalojimas.

Susiaurėjimas, gautas pertraukus n. phrenicus, nėra toksai didelis, kaip po pneumotorakso arba po torakoplastikos, užtat ir jo veikimas nesulyginti mažesnis. Bet visgi šita operacija daugeliu atvejų yra labai naudinga, ypač del to, kad jinai beveik visiškai neturi kontraindikacijų. Tiktai sunkiai emfizemai esant, vengiama ji daryti. Daugiausia ji vartojama kombinacijoj su kitomis susiaurinimo operacijomis, ypačiai su torakoplastika. Kaipo savaranki operacija daroma: esant tuberkulioziniam lizdui apatinėj plaučių dalyj, esant pasikartojančiam kraujoplūdžiui iš plaučių, tikrai nustačius, iš kurios plaučių pusės kraujoplūdis, ir esant priešparodymams pneumotoraksui arba torakoplastikai.

Ekstrapleurinė torakoplastika turi tikslo susiaurinti krūtinės ląstą, iškaulinant jos sieną. Friedrich'as, kursai pirmasis šitą operaciją yra pasiūlęs, iškaulindavo visą krūtinės sieną, rezekuodamas 1—11 šonkaulių ištisai tarp stuburo ir kremzlių. Bet tai yra perdidelė invazija, kuri sunku pakelti tuberkulioze nusilpusiam organizmui. Be to, tuo būdu gaunasi pavojingas paradoksiškas alsavimas su mediastinum'o nusistumimu priešingon pusėn, kas labai apsunkina kvėpavimą ir širdies veikimą. Vėliau Sauerbruch'as išdirbo kitą torakoplastikos būdą, kuriuo rezekuojamos tiktai šonkaulių dalys prie pat stuburo, del ko ji ir vadinama *paravertebrine torakoplastika.* Rezekuojama 11 šonkaulių, tarp 1—11 (12-tas šonkaulis neturi reikšmės alsavimui). Likusi kaulinė krūtinės siena šonkaulių galais prisistumia prie stuburo ir krūtinės ląsta tuo būdu susiaurėja. Kadangi tai yra irgi didelė invazija, duodanti gan didelį šoką, tai operacija dažnai daroma dalimis, 2-mi ir net 3-mi momentais, atsižiūrint į ligonio stiprumą. Jei krūtinės susiaurėjimas būna neganėtinas, daroma papildoma *parasterninė torakoplastika*: rezekuojamos dar pryšakinės šonkaulių dalys prie kremzlių.

Be abejojimo, torakoplastikos pagelbą negalime gauti tokio plaučio kolapso, kokį gauname pneumotorakso pagelba, bet užtat čion kolapsas būna pastovus. Kartu gaunamas ir krūtinės ląstos įdubimas ir nepasilieka pleuros tuštyme tuščio ruimo, kurį kompensuoti organizmas patsai savaime dažnai nepajėgia.

Nustatant indikacijas vadovaujamasi bendromis operaciškajai plaučių tbc. terapijai taisyklėmis. Vartojama torakoplastika tenai,

kur pneumotoraksas negali būti pritaikintas arba kada jisai nėra davęs gerų rezultatų ir kada vienas n vi phrenici išrovimas yra nepakankamas. Kaipo operacija didelė ir sunki, be abejojimo, turi daug kontraindikacijų. Vengiama ji daryti labai tuberkuliozės nusilpnintam organizmui, esant bendriems susirgimams: diabetui, albuminurijai, širdies susirgimams, taip pat aktingai tuberkuliozei kitame plautyje. Vengiama ji daryti jauno ir seno amžiaus pacijentams. Geriausias laiko tarpas yra tarp 20—35 metų.

Labai svarbu yra geras pooperacinis slaugymas, kadangi čion gali įvykti negeistinų komplikacijų (pneumonijų, širdies nusilpimų).

Nors torakoplastika yra didele intervencija ir gali daug kam atrodyti per sunki 3-čios stadijos džiovininkui, bet matant, kaip ji atliekama Sauerbruch'o klinikoj, visiškai nepalieka sunkaus įspūdžio. Operuojama tiktai vietinėj anestezijoj, kuri būna puikiausiai atliekama, nesigirdi jokių ligonio dejavimų. Labai retai tenka, operuojant, uždėti maskė ir duoti trumpa nevisiška narkozė. Prieš operuojant ligoniai būna gerai ištiriami, iš kalno būna nužiūrėti visi galimumai. Iš nurodymo, kaip atsargiai jie atlieka pneumotoraksą, galime spręsti, kad torakoplastikos jie imasi labai atsargiai ir apgalvotai. Tai nėra bet kurie bandymai. Sauerbruch'o padarytų torakoplastikų statistika prieš porą metų siekė 700 atsitikimų. Tai skaitlinė, iš kurios galime spręsti, kad bandymų riba jau seniai peržengta. Tiesa, po torakoplastikos būna 11% ankstybinių mirčių, bet užtat $^1/_3$ atsitikimų gaunama ilgų pasveikimų, neskaitant didelio skaičiaus pagerėjimų. Turint galvoje, kad tai vis buvo nepagydomi džiovininkai, tokie rezultatai visai pateisina priemones. Man pačiam teko matyti ligonių, kuriems 3—4 mėnesius išgulėjus ligoninėj po torakoplastikos su n. phrenici išrovimu kavernos buvo pranykusios, ligoniai žymiai buvo pasitaisę, visiškai neskrepliavo ir su atgijusiomis jėgomis vykdavo sanatorijon, toliau tęsti savo gydymą. Teko matyti ir tokių ligonių, kuriems prieš 2 metu buvo daryta torakoplastika ir dabar jie, neturėdami ligos simptomų, atlieka savo profesijos darbą.

Sauerbruch'o klinikoj yra tam tikras operaciškos plaučių tuberkuliozės terapijos skyrius, kuriame telpa apie 30 lovų. Be vokiečių, jame randama ir kitų šalių pacijentų, kurie yra atvykę čion paskutinės vilties vedami, kad gal operacijos pagelba galės pagyti.

Patsai Sauerbruch'as yra didelis autoritetas ne tiktai dalykuose, kurie liečia plaučių tuberkuliozę, bet ir bendrai visos krūtinės chirurgijoje. Jisai daug yra dirbęs krūtinės chirurgijos srityj ir dabar daug tebedirba, sugrupavęs aplink save darbščių padėjėjų. Jisai pirmasis tinkamai yra susisteminęs krūtinės chirurgijos mokslą ir aukštai pakėlęs operacinę jos techniką.

Prie klinikos yra gana gerai įrengtas eksperimentams institutas, kur daroma daug visokių bandymų. Tuo būdu lygiagrečiai su klinika eina eksperimentiški bandymai.

„Šusiaurinimo terapijos“ mokslas yra dar jaunas, turįs dar neaiškumų. Jisai dar ne visiems prieinamas, neišpopuliarintas, bet jau seniai yra įgijęs pilietinių teisių ir dabar jau juo visur plačiai susiinteresuota.

Pas mus Lietuvoj, kur plaučių tuberkuliozės labai daug, vertėtų juo daugiau susidomėti ne tiktai chirurgams, bet ir internistams, kuriems pirmoj eilėj tenka su plaučių tuberkulioze susidurti.

Literatūra.

1. Bandelier-Roepke. — „Die Klinik der Tuberkulose“.
2. Brunner Alfred. — „Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose“.
3. Prof. Boit. — „Apie extrapleuralę torakoplastiką vienos pusės plaučių tuberkuliozei gydyti“. „Medicina“ 1924 m. Nr. 8—9.
4. Prof. Rost Fr. — „Patologische Physiologie des Chirurgen“.
5. Sauerbruch — „Chirurgie der Brustorgane“ I t.
6. Dr. Zacharinas. — „Nervi phrenici perpjovimas plaučių tuberkuliozei gydyti“. „Medicina“ 1924 m. Nr. 6—7.

Zusammenfassung.

Die operative Therapie der Lungentuberkulose oder „Einengungstherapie“ kommt nur dann im Frage, wenn die conservative Behandlung erfolglos ist. Der Autor beschreibt 4 Typen der Einengungstherapie: Pneumothorax, extrapleurale Pneumolise mit Plombierung, Phrenicoexairese und die Thoracoplastik. Es wird auf die Vor- und Nachtheile dieser Operationen aufmerksam gemacht. Jeder Fall muss individuelle behandelt werden, da die Operation nicht überall angebracht ist. Die schwerste und wichtigste Aufgabe ist die Indikationsfrage; die Lösung derselber macht die Therapie sowie die Prognose abhängig. Um über die Indikation klar zu werden ist dringend notwendig eine exacte klinische Untersuchung vorzunehmen. Die hauptsächliche Kontrindikationen werden in dieser Arbeit angebracht. Als Grundlage für diese Abhandlung dienten den Autor die Gesichtspunkte der Sauerbruchse Klinik zu München. Die Einengungstherapie ist heut zu Tage schon gut bekannt an es wäre wünschenswert, dass sie auch in Litauen eine Interesse wecken soll.

Dr. V. Vaičiūnas.

Iš nervų ir psichikos ligų klinikos.

(Vedėjas docentas J. Blažys).

Plicae polonicae atsitikimas.

Kaltūnu (plica polonica, trichoma) vadinamas susipynusių, susisukusių ir sulipusių plaukų plokštas. Retkarčiais jis gali pasitaikyti galvos, labai retai barzdos ir papilvės plaukuose sunkiai sergantiems, priverstiems ilgai gulėti ir menkai prižiūrimiems, ligoniams. Pastebėta, kad plaukai susiklijuoja tik tada, kai esama juose utėlių. Matyti, nuo gyvių buvimo padidėjusi galvos odos sekrecija sykiu su glindų kliju greičiau teršia ir sulipdo plaukus. Savaime aišku, kad sulipusiuose, susipynusiuose ir nė kiek nešukuotuose plaukuose laisvai gali privisti įvairių grybelių ir nešvarumų. Plaukų sulipimas kuo tolyn, tuo stipryn progresuoja —

kitą syki beveik visos galvos plaukai gali sulipti ir, tarytum kokia kepuraitė, padengti galvą. Gyvių dėka, kada jų šimtai apipuola žmogų, jis gali visas nusikasyti ir likti padengtu šašais. Seborrhoe'jos, eczem'os ir t. t. atsiranda nusususiems dažniausiai utėlingumo dėka, gaunasi nuolatinis galvos jaudinimas, patinsta, kartais net pūliuoja kaimyninės liaukos (sprando, kaklo ir t. t.).

Aukščiau buvo minima apie kaltūną pas sunkiai sergančius ligonius bet jiems tokį apsileidimą norėtųsi atleisti — čia priežiūra kalta. Gyvenime gi jis pasitaiko dar ir šiais laikais pas visais atžvilgiais sveikus be jokio išsilavinimo žmones. Yra šlykštus, užsilikęs iš senų laikų, tiesa, dabar labai retas, paprotys nešioti kaltūną, supintą plaukų kuokštą. Susiteršusių ir sulipu-

sių plaukų nieku gyvu neišpinsi. Moteris, dažniausiai kaimietė histerikė, ir nemėgina išpinti, pašukuoti; neranda reikalo, nes ji laiko už nuodemę, kas pastebima ir mūsų atveju — bijo nukirpti kaltūną. Laikui bėgant, jame privista gyvių daugybė. Psichiškais ligoniais tokie žmonės sunku pavadinti, nes tuo būdu, pavyzdžiui, tamsūs kaimiečiai, tikintiejie į visokius burtus, reikėtų laikyti psichiškai nenormaliais.

1925 m. VI. 30 kreipėsi klinikon pacijentė L. St., 40 metų amžiaus, lietuvaitė, ūkininko duktė (turi žemės 6 dešimtines), iš Žideikiškių k-mo,

Žiežmarių valsč., prašydama padėti jai nuo visokių, visur esančių skausmų ir kitų negerumų. Serganti 18 metų. Namie dirbanti „visokius darbus.“

Objektyviai: vidutinio ūgio, taisyklingo sudėjimo, patenkinamo mitimo. Didžiausias kaltūnas; padengęs gana didelę galvos dalį, jis nusileidžia ligi pečių. Beveik visi gana ilgi galvos plaukai susivėlę į tikriausią „vailaką“, tik iš pryšakio keli plaukų plokšteliai kabo (žiūr. atvaizdą 674 p).

Vidaus organai normalūs.

Nervų sistemoje bet kurio organinio susirgimo reiškinių nerasta.

Psichikos sfera. Bet kurio proto išsiplėtojimo atsilikimo nėra, yra tik labai menkas išsilavinimas. Tiki į visokius burtus iš „juodų knygų“. Savo kaltūną nukirpti bijanti; sakosi, vieną kartą „labai seniai“ nukirpusi ir po to visą žiemą negalėjusi iš lovos išlipti. Pasak jos, kaltūnas reikalingas nešioti tam, „kad žmogus sveikesnis ir tvirtesnis būtų.“ Pasiūlius čia pat nukirpti jai kaltūną, griežtai atsisakė.

Kaltūno terapija, rodos, aiški: jį nukirpus, užtenka gerai išplauti galva muilu su šiltu vandeniu ir kasdien šukuoti tankiomis šukomis, kad daugiau nieko panašaus nepasikartotų. Bet to dar maža — reikia supažindinti liaudis, ypač tamsioji jos dalis, bendrai su nešvarumo ir nususimo kenksmingumu. Tas galima pasiekti tik visuotiniu apšvietimu. Kai jos dauguma bus nors šiek-tiek prasilavinus, tuomet užteks tik šeimynoje, kaime ar tai kitame kuriame bendrame sugyvenime pasirodyti nuskurėliui, kai jį kiti, nors ir prievartos keliu, nupraus, nuvalys ir apkarpys, jei ne iš artimo meilės, tai bent iš užsikrėtimo baimės kuria nors liga per kaimyno apsileidimą švaros palaikyme. Tuomet sumažėtų panašių mūsų atsitikimui būtybių skaičius.

Literatūra.

1. Е. Н. Павловский. — Вши. Строение, жизнь и болезненное действие их на человека. 1920. Москва.

2. Проф. Eulenburg. — Реальная энциклопедія практической медицины. T. III, p. 684. 1909 ir t. IV, p. 83. 1910. Петроградъ.

Autoreferat.

Ein „Kaltun“ ist ein Knäuel von verwickelten und zusammengeklebten Haaren, hervorgerufen durch Läuse. Er kommt nicht nur bei schwer Kranken, die ohne Aufsicht liegen, sondern auch bei gesunden aber auf einer niedrigen Kulturstufe stehenden Menschen vor, oft bei histerischen Bauernfrauen. Diese seltene Erscheinung zeigt unser Fall.

Dr. T. Goldbergas (Jurbarke).

Del Dr. Freido straipsnio „Apie dekapitacijų dažnumą prie skersinių padėčių ir t. t.“ („Medicina“. 1925 m. Nr. 3—4) ir panašaus straipsnio „Ueber die Häufigkeit der Dekapitation bei Querlagen in der Praxis u. s. w.“. („Zentralblatt f. Geb. u. Gyn.“ 1925, Nr. 16).

Straipsnių antraštė žada nušviesti du tampriai surištu klausymu: 1) apie dekapitacijų dažnumą praktikoje esant skersinėms padėtims ir 2) naują operacijos metodiką. Atydžiai perskaitęs

abu straipsniu, prisipažinsiu, neradau aiškaus atsakymo į pirmąjį klausymą. (Priežastis aiški: nenurodytas bendras skersinių padėčių kiekis). Patiektos žinios perdaug apibendrintos, ir todel neduoda kritingai mąstančiam skaitytojui aiškiai persistatyti tokio gausaus dekapitacijų skaičiaus būtinumą. Tasai gausumas, pasisakysiu atvirai, nustebins kiekvieną, kad ir žinantį primityviškas mūsų darbo apystovas. Nurodomas dekapitacijų kiekis nenoromis verčia spėti arba labai didelį skersinių padėčių skaičių bendrai, arba reliatyviai per plačiai suprastas indikacijos ribas šitai operacijai (tačiau su pastaruoju spėjimu nesutinka autoriaus patarimas straipsnių pabaigoje). Deja, straipsnis, kaip minėjau, nepatiekia skaitytojui pakankamai medžiagos kurioms nors išvadoms padaryti. Turime vien šitokį faktą: 200 patologiškų gimdymų; jų tarpe 33 dekapitacijos per 10 metų darbuotės, ir visa. Jei dar vakarų europiečiui, vaizduojančiam sau provincijos darbą Rusijoj ar buvusios Rusijos srityse kaip tarp laukinių, būtų leistina patiektais skaitmenimis patikėti, tai tik jau mums, Lietuvos gydytojams, reikėtų kritingai pažvelgti į šituos duomenis. Lietuviškajame straipsnio tekste jau matome mažo progreso. Skelbta dar 16 kitų gydytojų ante - operuotų atsitikimų; 8 šitų atsitikimų baigti pasukimu, o kiti 8, reikėtų spėti, pateko 33 skaičiun. Tuo būdu skersinių padėčių kiekis priaugo iki 41.

Šitas d-ro I. Freido darbas mums ypač įdomus, nes atsitikimai imti iš praktikos Lietuvoje arba b. Rusijos srityse, t. y. kaip tik mūsų veikiamoje arba veiktoje teritorijoje. Šitas faktas ir verčia mane prašyti autorių kai kurių paaiškinimų. Jei vakarų europietį nustebintų 50 kilometrų diametro (ne radiuso!) gydytojo veikiamas plotas, tai mums, į tai įpratusiems, neturėtų tasai faktas atrodyti kokiu „enfant terrible“. Juk kiekvienas gydytojas, gyvenąs kuriame nors iš priešingų poliuso rutulio, kurio diametras lygus 50 kilometrų, teisėtai laiko savo veikiamąja sfera visą rato plotą; tad pastarasai turės maximum 25 kilometrų radiusą. Mes, pav., priskaitome iki kaimynų gydytojų 50 kilom. vienon, 35 kil. antron ir 25 kil. (dar skiria Nemunas) trečion pusėn. Bet juk tą patį atstumą turi iki mumis kaimyninis gydytojas, kuris taip pat aprūpina tą pačią zoną lygiais pamatais (plento neturime). Palygindami užleistų skersinių padėčių dažnumą (decapitatio su jomis surišta), matome, kad, gyventojų tirštumui *vienodam* esant, tam tikros reikšmės turi atstumas. Štai dvi guberniji: Sibiro ar Rytų Rusijos, iš vienos, o jos vakarinės dalies, iš kitos pusės — duos gimdymų ir „ceteris paribus“ skersinių padėčių kiekį vakarinio pasienio naudai, nežiūrint į daug didesnį plotą, tariant, į gydytojo aprūpinamą rajoną rytuose. Žinoma, išimtį sudarys kuri nors apylinkė, gausi siaurais dubenimis ar kitomis anomalijomis, padedančiomis skersinei padėčiai atsirasti. (Analogija: esama kraštų, kame gūžys endeminis, tuo tarpu kai šita liga kituose kraštuose retai užeinama).

Progai pasitaikius, primįsiu čia naujausį Dr. J. Šlapoberskio (Šiauliai) darbą dubens matavimo statistikos srityje. Jo tyrimai, labai stropiai atlikti, parodo 47—48% siaurų dubenų Lietuvai. Vokietijai šitas skaitmuo — 24%; Šveicarijai — 20%. Žvilgterėjus, atrodytų, būk Lietuvoj siaurų dubenų skaičius žymiai kitas šalis praneša, ir čia ieškotume skersinių padėčių dažnumo priežasties. Tačiau, šitą skirtumą suprasime, jei įsidėmėsime, kad vakarų Europos matavimai išeina iš „limit." = 9,5 cm. conjug. *verae*, o tuo tarpu Dr. Šlapoberskis bazuojasi conjug. ext. sive Beaudeloque = 20 cm. (kitaip — conjug. vera = 11 cm.). Pastaroji aplinkybė neleidžia spręsti apie duodančių skersinę padėtį siaurų dubenų kiekį, nes galvutė nukrypsta nuo dubens vartų vien tik tam tikroms apystovoms veikiant arba labai siauram dubeniui esant (įstrižos ir skersinės padėtys). Patsai Dr. Šlapoberskis savo rašinyje nurodo, kad conj. exter. esant lygiai 18 ir net 17 cm. (c v. = 9 ir 8 cm.), esą galima sua sponte ir net greitai gimdyti, ir kad siaurų dubenų procentas Lietuvoje ir Vokietijoj gal supultų, jei vokiečių tyrimuose turėtume conj. ext. = 20 cm. Kalbėdamas apie siaurų dubenų statistiką, drįsau nutolti nuo temos, kad atremčiau nuomonę, būk Lietuvoje esama labai daug siaurų dubenų.

Viena iš embriotomijos vartojimo priežasčių yra nepasisekęs pasukimas kojyte. Pasukimas nepavykstąs, anot autoriaus, „pirmiausia" todel, kad gydytojai nevartoją narkozės ir tuo būdu daug sugaištą, turėdami visas šito sugaišimo pasekmes (nubėga vandenys, iškrinta virkštelė ir t. t.). Matyti, čia nevisa pasakyta, nes pirmąja priežastimi pavadinta narkozė, o kitų priežasčių nepaminėta. Nurodytos tik sugaišimo ir pavėlavimo pasekmės. Pasakęs, kad tarpe 200 patologiškų gimdymų 33 atvejais teko daryti embriotomija, autorius ima nagrinėti šitos operacijos metodes. Šituo išsemiama visa apie indikacijų dažnumą. Man rodos, kad visiškai objektingai pažiūrai į dekapitacijos indikacijų dažnumą sudaryti turėtume žinoti štai ką:

1. Kiek iš viso skersinių padėčių yra turėjęs autorius pastaraisiais 10 metų jo gydytojo darbuotės? Kiek jų būta paprastų ir kiek užleistų?

2. Kiek atsitikimų baigta pasukimų (išoriniu, vidujiniu) ir kiek embriotomijos pagelba? (Embriotomijų skačius pažymėtas 33. Lietuviškame tekste parodytas taip pat pasukimų skaičius — 8; o 8 embriotomijos iš 16 ante-operuotų atsitikimų, matyti, pateko į 33 dekapitacijos atvejus. Vokiškame tekste nerandame jokių nurodymų kas del minėtų 16 atsitikimų). Kiek jų tarpe būta tokių, kuriais Dr. Freidas teikė pirmosios pagelbos, ir keliais atvejais jisai konsultavo su kitais arba pataisė kitų nepasisekimą? Būtų įdomu išgirsti, nors trumpai, ir šių ar tų veiksmų priežastys.

3. Kiek patologiškų gimdymų atvejais suteikta „dirbtinės gimdymui pagelbos" ir kokioms vaisiaus padėtims esant (galvinėms, sėdimosioms, skersinėms, įstrižoms)? Juk „patolo-

giškais gimdymais“ vadiname absoliučiai visus nenormalumus, tiek iš motinos pusės (įskaitant ir pogimdyminį perijodą), tiek iš naujagimio pusės, neišskiriant plyšimų siuvimo, kovos su gimtuvės atonija — kai del motinos — ir asfiksiško kūdikio gaivinimo — kai del vaiko. Mūsų dalyku svarbu būtų žinoti: a) bendras Dr. Freido kuruotų gimdymų kiekis už tą patį laiko tarpą (ideališka būtų gauti visų gimdymų skaitmuo per 10 metų tame rajone, tačiau vargu tatai yra galima); b) arba nors dirbtiniu būdu gelbėtų gimdymų skaičius su padėčių bei operaciškų veiksmų paaiškinimais rubrikose.

4. Turint galvoje, kad operacijos metodės tinkamumui nemaža reiškia jos pasisekimas quo ad mulieris vitam, įdomu būtų ir šitos pasekmės kartu su operacijų rūšimi sužinoti (Taip pat ir mirimų priežastys, jei mirimų būta; ar nepasitaikė pasukimo metu plyšimų? dekapitacijos, matyti, apsiėjo be ruptūrų). Kaime motinos infekcijai progos esti maždaug visada tos pačios. Negaliu prisiminti nė vieno tokio atsitikimo, kame prieš atvežant gydytoją gimdyvė nebūtų kurio nors „kaimiško žinovo“ ištirta, kad nebūtų mėginta „išplatinti kelias neinančiam kūdikiui“.

Veltui autorius nekreipia dėmesio į procentinius pavykusių ir nepavykusių atsitikimų santykius. Skaitmuo 33 yra kolosališkas bendram embriotomijų kiekiui per 10 metų privačioj gydytojo praktikoj). Juk tatai vien per paskutinius 10 metų jo gydytojo darbuotės!). *) Bong'as yra modifikavęs Ribemont'o instrumentą 1903 m. A. Döderlein'as 1917 m. yra paskelbęs savo pirmuosius 35 dekapitacijos atsitikimus (turėjęs klinikoje arti 3000 gimdymų per metus), tačiau yra radęs reikalo nurodyti motinų likimą po šitos operacijos, nepaisant to, kad ligonės buvo atvežamos iš kitur ir del to galėjusios jau būti infekuotos Kas del Lietuvos, tai doc. dr. Mažylis per trejus metus (1920—1922), kai gydytojų Lietuvoj būta daug mažiau negu dabar, o gyventojų daug daugiau negu karo metu ar prieš karą. turėjęs arti 2000 gimdymų, yra sutikęs iš viso 26 skersines padėtis; iš jų 12 ai padaryta dekapitacija, kuriai operacijai, matyti, ligonės ir buvo atgabentos, ir 14-ai padaryta pasukimas, kitaip tariant. doc. dr o Mažylio medžiagoje dekapitacijų skaičius beveik lygus pusei visų skersinių padėčių. A. Döderlein'as laiko skersinių padėčių procentą lygų 0,8% visų kitų padėčių; Baisch'as — 0,75%. Doc. Mažylio medžiagoj skersinėms padėtims tenka *1,35%*.

*) Net ir nepalankiomis Lietuvos sąlygomis toks dažnumas užleistų skersinių padėčių neįmanomas. Dr. Freidas, mano nuomone, turėjo suklysti suskaičiuodamas savo embriotomijų atsitikimus, tuo labiau, kad iš 10 metų jo gydytojo praktikos išpuola 3 metai gydytojavimo rusų kariuomenėj (1914—1917), vieneri metai darbuotės Kijevo ligoninės akušerijos skyriuje (1917—1918), vieneri metai Berlyno klinikose (1920 - 1921) ir nuo 1923 metų Kauno mieste. Taigi, kaimo praktikai išpuola ne daugiau kaip 4—5 metai; kad kas per tą laiką būtų turėjęs 33 atsitikimus užleistos skersinės padėties, visai netikėtina.

Red. kom-jos narys Doc. Mažylis.

(Pastaruoju metu ir šitas skaitmuo sumažėjęs). Paėmę Petrograd statistiką, ne klinikų, bet gimdymo prieglaudų, turėsime metiniame gymdymų skaičiuje (*17.000*) skersinių padėčių *0,25*%, įstrižų — *0,07*%. Embriotomijų padaryta *2*; nereikia užmiršti, kad didelis Petrograd fabrikų darbininkų skaičius, einant statistika, turėtų duoti aukštą siaurų dubenų procentą, palyginus su kaimu.

Imdami Döderlein'o skersinių padėčių kiekį — 0,8% ir pritaikindami jį D-ro Freido straipsnyje nurodytam skersinių padėčių skaičiui (lietuviškame tekste = 41), gausime 5125 gimdymus Dr. Freido rajone per 10 metų; vieneriais metais — 512. Sulig prieškarine (1916 m.) gimdymo statistika, sakysime, Suvalkų gub. (21,6 : 1000 gyv.) susidarytų vieno gydytojo dirbamas rajonas su *23.703* gyventojais. Prisipažinsiu, kad tatai kolosališkas gydytojo apsikrovimas darbu. Padėję pagrindan doc. Mažylio skaitmenį (1,35%), gausime apylinkę su *14,028* gyventojais. Prieš karą (1906 m.) Suvalkų gub. vienam gydytojui tekdavo apskričių miestuose 1543 gyventojų, tariant, 349 veislingojo amžiaus (16—45 m.) moterų (neįskaitant paties gubernijos miesto, kame būta kitos statistikos). Kauno gub. apskričių miestuose 1 gydytojui tekdavo 1254 gyv., t. y. 284 veislingojo amžiaus moterų. Jei laikytume provincijoj vienam gydytojui tenkantį gyventojų skaičių net tris kart didesnį negu miestuose, tai ir tuomet 14.000 bus mums dar labai tolimas skaičius, visai neminint 23.000 Tiesa, gydytojų skaičius karo metu pasieniuose yra kiek sumažėjęs daugiausia 5 karo met., užtat yra suretėjęs ir gyventojų kiekis pasieniuose, o gimdymų skaičius visur kritęs. Sunku prileisti, kad ištisus 10 metų (1914—1924) būtų buvęs toks didelis gydytojų trūkumas ir toks jų apsikrovimas darbu.

Straipsnio dar nenurodyti (išėmus 8 ante-operuotus atvejus) tie pasukimai, kai autorius būdavo šaukiamas gimdymo pagelbai suteikti pirmutinis. O tokių atsitikimų, be abejojimo, būta. Juk negalima manyti, kad visais kitais atvejais skersinė padėtis buvo likviduojama dekapitacija. Tuomet skersinių padėčių kiekis turėtų būti dar didesnis.

Kas del pačios operacijos metodžių, tai žirklės, kurių bijojimas stebina autorių (žiūr. vokišką tekstą), kiek prisimenu, buvo pasiūlytos dar Fritsch'o ir daugelio yra vartojamos kaipo Braun'o kablio priedėlis, kai juo vienu nepavyksta perkirsti vaisiaus kakliuko minkštosios dalys. Daugumos akušerių chirurgų žirklės paliktos vartoti atipingoms operacijoms (cleidotomia, dissectio foetus) del autoriaus nurodomų priežasčių, būtent, galimo motinos sužeidimo. Bet „dissectio foetus" operacijai yra konkuruojąs pasiūlymas — vartoti mažiau pavojingą rhachiotom'ą (Küstner'is). Dažniausiai vartojamos žirklės šios: Siebold'o, Dubois ir Rusijoj Fenomenov'o. Ką nauja duoda abiejuose straipsniuose atvaizduotas instrumentas, tatai, net atydžiai įsiskaitęs, negalėjau gerai suvokti. Ten atvaizduota sutrumpintoji R-Bong'o dalis su Braun'o kablio rankena. Taip sprendžiu iš piešinio;

deja, instrumento ilgis straipsnyje nenurodytas. Jei, sakysime, kas nors, turėdamas R Bong'ą, negalėtų perpiauti vaisiaus kakliuko, tad reikėtų tik R-B. kablio grabutėn įdėti žirklės ir keliais ypais būtų galima perkirsti kakliukas, grabutei apsaugojant. Bet, jei kas nors, neturėdamas R B., įsigytų autoriaus siūlomąjį sutrumpintą kablį ir panorėtų operuoti aukštojoj galvutės padėtyje, — tikslo nepasiektų ir šituo instrumentu kakliuko neperpiautų. Patsai autorius pasisako vartojąs R-B. aukštojoj galvutės padėtyje. Tad kam reikalingos išlaidos dviem panašiem instrumentam? Ilgais instrumentais galima dirbti ir trumpu atstumu, bet striukais įrankiais tolimu atstumu tatai nepavyks. Ginekologijoj bei akušerijoj instrumentų ilgumas laikomas teigiama ypatybe, ką patvirtina ir Döderlein'as, peikdamas Braun'o kranioklastą už jo striukumą, kaip vieną iš įrankio trūkumų. Nurodysiu dar, kad akušerinės — ginekologinės operacijos Amann'o, Stoeckel'io, Döderlein'o, Popov'o (Petrogradas) klinikose buvo daromos ilgų instrumentų pagelba. Priekaištas piūklui, kurs būk plyštąs, yra keistokas ir turėtų būti, rodos, adresuotas gaminančiai jį firmai, bet ne pačiam instrumentui. O jei kuris įrankis sulinktų ar sulūžtų? Atsakymas aiškus: reikia turėti vienas atsarginis gero plieno piūklas, tada nemalonumų išvengsime. Juk toksai piūklas nėra kokia nuolat vartojamoji kiuretė. Pernai man teko sulenkti žirklės ir eventeruojant nulaužti Blot'o perforatorius; nejaugi tad turėčiau nuo šitų instrumentų atsisakyti? Stiprios žirklės tai būtinas įrankis akušerio instrumentų rinkinyje (cleidotomia, dissectio, eventeratio).

Dabar keli žodžiai technikos klausymu. Kad įvedimas kablio riestu galu viršun ir pasukimas 180° (bent man taip atrodo iš autoriaus aprašymo) *) būtų tikslus dalykas, nelengva sutikti Laikyčiau tikslesniu, sekant Döderlein'o nurodymus, kišti kablys gulščias iki vaisiaus kūno viršutinio krašto, ranka apsaugojant, ir tada pasukti kablys galu žemyn 90° kampu. Tatai ne. tiek pavojinga, kaip manipuliuoti puriuose audiniuose, vedant kablio galą visą laiką pūslės dugnu, o paskui pasukant $^1/_2$ rato.

Paskutinis autoriaus patarimas — bendras posakis: „tenebūnie bereikalingų dekapitacijų, o taip pat forsiruotų pasukimų" — taip atatinka šių laikų akušerinę mokyklos dvasią, taip dažnai mūsų mokytojų mums buvo teikiamas, jog jisai tikrai sveikintinas. Iš straipsnio antraštės spėjant, tasai patarimas yra pagrįstas dideliu autoriaus patyrimu. Deja, šito patarimo autoritetas daug nustoja del stokos smulkesnių duomenų aukščiau išvardintais punktais. Tik turint pastaruosius galima būtų spręsti, kiek teisingai laikytasi indikacijų darant dekapitacijas, o taip pat kiek iš viso skersinių padėčių yra turėjęs autorius. Šitie paaiškinimai jau vien del to būtų reikalingi, kad nurodytas skaitmuo „33" per 10 metų lygytinas vien su A. Döderlein'o skaitmenimis

*) Dr. Freidas savo straipsnyje to nerašo. *Doc. Mažylis.*

(35 atsitikimai per 12 metų), kurs turėjo operacijai medžiagą, iš kitur jam atsiųstą. Literatūroje tokios skaitlingos medžiagos iš privačios gydytojo praktikos man neteko sutikti. Vienok, operuojant tokiais dideliais privačiai praktikai skaitmenimis, būtinai reikėtų jie detaliai išnagrinėti ir visa skaitytojams patiekti. Tai pašalintų visus neaiškumus bei spėliojimus, nenoroms kylančius straipsnį beskaitant.

Baigdamas patieksiu dar Dr. Schroeder'io (Vokietija) santrauką iš jo kaimiškos privačios praktikos (Landpraxis) už pastaruosius 21 metus jo darbuotės. Iš viso autorius turėjęs 1179 akušerinių atsitikimų, jų tarpe 803 gimdymai: 400 normališkų ir 403 dirbtiniu būdu pagelbėtų. Jo normališkų ir gelbėtų gimdymų skaitmenys (beveik lygūs) patvirtina, kad ir Vokietijoj kaimo gyventojai šaukiasi gydytoją, daugiausia, tik nenormališkiems gimdymams padėti, o normališkam gimdymui esant apsieina dažniausiai be gydytojo. Aišku, kad šitos apystovos tiek yra panašios į mūsų sąlygas, jog leisiu sau atkreipti kolegų dėmesį į Dr. Schroeder'io skaitmenis: pasukimų pažymėta 73 (44 skersinėje padėtyje), dekapitacijų — 2, perforacijų — 12 (Originale visos smulkmenos). Schroeder'is — senas gydytojas, keli metai atgal paskelbęs savo 20 metų veikimo apyskaitą; dabar jis tik praneša antrojo savo darbuotės perijodo (už 21 metus) santrauką. Jei palygintume kai kuriuos Dr. Schroeder'io ir Dr. Freido skaitmenis, gautume žymų skirtumą ypač skersinių padėčių ir bendrai operaciškų veiksmų santykyje, kuris, rodos, turėtų būti beveik vienodas. 403 gelbėtų gimdymų tarpe Dr. Schroeder'is nurodo: 46 skers. pad. (per 21 metus) = 11,5% visų operacinių atsitikimų. Gi dr. Freidas turėjęs 200 patolog. gimdymų, iš jų 41 skers. pad. (per 10 metų) = 20,5% visų operacinių atsitikimų. Jei šie 41 visų skersinių padėčių būtų dar ne visi, tad minėtasai skirtumas dar padidėtų. Nejaugi Lietuvoje, pasienių valstybėse, ar Rusijoj „kaime" tiek daug būtų, net palyginus su Vakarų Europa, labai siaurų dubenų arba kurių nors kitų trūkumų (anatominių, fiziologinių defektų), kad skersinėms padėtims tektų tokia žymi vieta „patologiškųjų gimdymų" eilėje?

Literatūra.

1) A. Döderlein. — Handbuch der Geburtshilfe.
2) A. Döderlein — Geburtshilf. Operationskurs.
3) P. Mažylis — L. Raud. Kr. Lig-ės akušerijos skyriaus veikimo 1920—1922 m. apžvalga." „Medicina" 1924, Nr. XII.
4) Б. Фоменко. — Журн. акушер. и женск. бол." 1925, Т. XXXVI Кн. 2. (Медиц. отчет. Петрогр. Род. Город. Пріютов за 1917 г.).
5). Д. Попов. — Организація акушерск. помощи среди городского населенія Европейск. Россіи 1906 (Петербург).
6) E. Schroeder. — „Weitere 20 Jahre Geburtshilfe in ländlich. Praxis" („Monatsschr. für Geb. u. Gyn." 1922, Bd. LVII).
7) J. Šlapoberskis. — „Palyginamieji dubens matavimai ir t. t." „Medicina" 1925, Nr. Nr. 1—2, 3—4.

Autoreferat.

Die von Dr. J. Freid angegebene Zahlen der Decapitation sind auch für den litauischen Arzt nicht nur für West Europaer ungeheuer gross. Sie wecken Erstaunen auf und geben 2 Gedanken zu Veranlassung. 1) Entweder ist die Gesamtzahl der Querlagen in der Arbeitzone des Dr. Freid aussserordeutlich gross (wozu eigentlich sellte kein besonderer Grund vorhanden sein); 2) oder die Indication zur Decapitation zu breit gestellt ist. Um darüber dem Leser Klarheit zu schaffen u. verschiedenen Ahnungen vorzubeugen ist folgendes zu wissen. 1) Wieviel ist überhaupt von den Querlagen Herrn Dr. Freid in der 10 jährigen Periode begegnet worden. 2) Wieviel davon waren einfache u verschleppte, auch wie diese behandelt worden sind (versio in pedes, Embryotomie). 3) Wieviel Geburten im allgemeinem hatte Dr. Freid zu verzeichnen, oder wieviel künstlicher Geburten im Lauf derselben Zeit. „Pathologische Fälle" ist ein zu weiter Begriff gegenüber der künstlichen Entbindung, u. auf Grund ihrer Zahl ist schwer ein vergleich und den anderen Berichten zu machen. 4) Epikrise quo ad vitam der Frau bei den verschiedenen Querlagen Operationen. Im weiterem wird eine Kritik über die Möglichkeit einer so grossen Zahl der Querlagen in den Grenzgebieten Russlands ausgesprochen. Ihr zu Grunde steht eine Calculation der Geburtenzahl in den betreffenden Gebieten. Zum Vergleich werden Ziffern aus klinishen Berichten, sowie Privatpraxis eines Landarztes vorgeführt, die einen grossen Unterschied gegenüber Dr. Freid zeigen. Zum Schluss Erwiderung gegen den Vorteil des neuempfohlenen Instrumente, das nichts anderes, ale verkurzter Teil R-Bong's Hackens ist.

Referatai.

I. Vidaus ligos.

17. *Prof. Gottlieb ir prof. Krehl ir Franz.* (Heidelberg). — **„Hexeton'as — naujas kamparo izomeras injekcijoms vandens tirpinyje"** („Deutsche med. Wochenschrift", 1923, Nr. 51).

Kamparas yra žinomas, nepamainomas kolapso stovyje vaistas, veikiąs daugiausia smagenų žievę. Tačiau kolapse kraujotaka esti tiek nusilpusi, kad aliejaus tirpinyje leidžiamas kamparas perlėtai susigeria ir, be to, didžioji rezorbuoto kamparo dalis gana greitai virsta kūne neveikliu junginiu — kamfogliukurono rūkštimi. Pertai senai jau mėginta (be kitų, farmakologo Leo) leisti kamparas venon kaipo kamparo vanduo. Tik tekdavo leisti labai didelis vaistų kiekis, nes kamparas blogai tirpsta vandenyje. Ir vėl pradėta ieškoti naujas kamparo preparatas lengvai tirpstamas vandenyje ir gerai susigeriąs iš raumenų. Heidelbergo farmakologui Gottlieb'ui pavyko gauti toksai kamparo izomeras, kuris lengvai tirpsta vandeniniame natrii salicylici tirpinyje ir kurio chemiška sudėtis yra 3 metil - 5 izopropil △ 2. 3. ciklogeksenon, trumpai pavadintas hexeton. Tatai yra permatomas, savotiško kvapsnio ir kartaus skonio skystimas, tinkąs švirkšti į raumenis, susigeriąs daug greičiau nė kaip kamparas iš aliejaus tirpinio, veikiąs 2—4 kartus stipriau užkamparą. Prof. Krehl'io Heidelbergo terapinėje klinikoje daryti bandymai pa-

rodė, kad hexeton'as tikrai yra brangus radinys terapijai. Klinikoje jisai išmėgintas visais tais atvejais, kai indikuojamas kamparas, — į veną, į raumenis 0,01 dozėje ir per os po 0,2. Įleidus vaistą venon, tuoj gaunamas efektas, kurs po 2—15 minučių pasiekia maximum'ą. Įleidus į raumenis arba priėmus vaistą per os, pirmos veikimo žymės atsiranda po 3—10 minučių ir tveria apie 2—3 valandas. Injekcijos į raumenis stipriau veikia. Pulsą hexeton'as veikia lygiai kaip kamparas, bet ypač stiprios įtakos daro alsavimui, kurs, nemainydamas ritmo, virsta gilesnis; todel naujas vaistas ypač naudingas smulkių bronchų bronchituose ir pneumonijose. Hexeton'as tikriausiai pašalina morfijaus sukeliamą alsavimo paralyžių. Blogų preparato pusių prof. K r e h l'is nė karto nėra matęs, vartodamas jį net keletą dienų iš eilės kas $^1/_3$—2 valandi. Pagaliau, prof. K r e h l'is ir jo bendradarbiai prieina išvadą, kad hexeton'as esąs puikus vaistas nepakankamai vegetacinių centrų funkcijai staigiai ir energingai pakelti. Geriau yra hexeton'as vartoti dieną, o naktyje palaikyti efektas kamparo aliejumi (nes pirmojo veikimas greičiau praeina).

Dr. T. Goldbergas.

18. *Gye W. E.* — **„The aetiology of malignant new growths"** (Piktybinių navikų etiologija) („Lancet" 1925, VII 18. Ref. iš „Vrač. Obozr." š. m. Nr. 7).

Autorius išeina iš P e y t o n'o R o u s'o išradimo, kuriam 1911—1913 m. pavyko priskiepyti vištoms perkoštą, likusią be narvelių, naviko medžiagą trimis atvejais. Šita filtruojamoji substancija buvo įskiepijama tik t a m t i k r a i v i š t ų v e i s l e i. Nauji G y e'o duomens šitie: Pirmiausia, pavykę įrodyti, kad likęs be narvelių R o u s'o virus galima išauginti tam tikrose maitinamosiose medžiagose. Toliau, likusių be narvelių filtratų pagelba galima perskiepyti pelių bei žiurkių navikai (sarkomos, karcinomos). Pastarieji išauga vištoms tais pačiais navikais, kokius R o u s'as rasdavo pas vištas savo bandymuose. Pagaliau, daryti trys bandymai su žmogumi. Trečiasis eksperimentas pavykęs. Mat, buvo adenocarcinoma mammae. Buvo padaryti iš paties naviko ir iš aiškiai patinusios pažasties liaukos pasėliai. Abiem atsitikimais, perskiepijus kultūras vištoms, gauti visiškai identiški R o u s'o gautiems navikai. Bandymai įtikino, kad patsai skiepijamų navikų virus negali dar duoti tumor'ą. Reikalingas dar kažkoks padedąs dalykas. Šito pastarojo galima pakankamai gauti chemišku būdu iš vištų navikų, virus'ą numarinus. G y e pavadino tą padedamą substanciją S. F. (specific factor). Tasai faktorius patsai esąs neveiklus, nes neturįs persiskiepijamo virus'o. Jo savybės dar nėra žinomos; esą galima įrodyti, kad tatai nėsąs agresinas. Matyti šitas faktorius perduodąs tą sujaudinimą, be kurio negalįs virus veikti.

Papildydamas G y e'o darbą, J. E. B e r n a r d'as aprašo mikroskopišką filtruojamųjų virus'ų tyrimą savo išrastu mikros-

kopu, kuris padaro mažutėlius sferoidus matomais, ko negalima pasiekti paprastos mikroskopijos būdu.

Dr. A. Matulevičius.

19. *Dr. Rasenau.* — **„Erfahrungen mit Omnadin"** („Dt. med. Woch." 1925, Nr. 45).

Omnadinas — Much'o būdu pagaminta vaccina, paprastai neduodanti juokių nemalonių reakcijų. Omnadinas — tam tikromis ampulomis po 2 ccm. — švirkščiamas į raumenis arba į veną. Vieną dieną nedaroma daugiau kaip viena injekcija. Injekcijos gali būti pakartojamos per 4—5 dienas. Jei omnadinas po 1—2 injekcijų neveikia, tai tokiais atvejais jis paprastai visai neveikia. Omnadino įšvirkštus pastebimas gana dažnai kritiškas temperatūros kritimas. Vietinės reakcijos pasitaiko forma nedidelės odos infiltracijos. Po omnadino injekcijos paprastai padidėja leukocitozė.

Autorius omnadinu gydęs rožę (erysipelas), erysipeloid'ą, furunkulozę, panaritium, limfangoitą ir du krupoziškos pneumonijos atsitikimu. Vieną sunkų rožės atsitikimą gana greitai pagydęs omnadino 2 injekcijomis po 4 ccm. Po injekcijos sopėjimai ir įtempimo jausmas rožės ligoje paprastai išnyksta. Autorius matęs gerą omnadino veikimą erysipeloid'o ir furunkulozės ligose. Panaritium'o ligoje stebėtas tik palengvėjimas, bet operacijos neišvengta. Pneumoniją omnadinas neveikęs.

Dr. M. Nasvytis.

20. *Dr. Jüngerich.* — **„Zur aetiologischen Therapie des Ulcus ventriculi".** („Del etiologiško ulcus ventriculi gydymo) („Dt. med. Woch. 1925, Nr. 46).

Ulcus ventriculi priežastis — vietinis kraujotakos sutrikimas. Iš endogeniškų faktorių tam tikrą vaidmenį vaidina: 1) kraujo susirgimai, ir 2) nervų sistemos susirgimai. Prie pirmosios grupės priklauso chlorozė ir anemija; prie antrosios — ligos su vegetacinės nervų sistemos disharmonija.

Oxyden'as yra preparatas, kurio metalai ir metaloidai aktivuoja narvelių protoplazmą tam tikromis dozėmis, kurias peržengus pasirodo toksiški reiškiniai. Arsenikas mažomis dozėmis taipgi aktivuoja protoplazmą. Tasai veikimas protoplazmai taipgi pasireiškia veikimų vegetacinei nervų sistemai, pav. tonizuojamasis Ca veikimas simpatiniam nervui ir bukinamasis veikimas n. vagus. Bismutas taip pat turi bendrą jaudinamąjį veikimą skrandžio sienelių narveliams.

Autorius matęs gerų rezultatų, gydydamas ulcus ventriculi Ferrum - Arsen. troponu tablečių pavidalu, kurių kiekviena turi savyje 1 mlgr. Ars. ir 25 mlgr. Fe. Ferr. - arsen. tropon yra organiškas geležies - arseniko preparatas. Jis priklauso prie grupės jaudinamosios terapijos preparatų. Iš pradžių autorius duoda pacijentui 3 kartus per dieną po 1 tabletę po valgio, po 8 dienų — 3 kartus per dieną po 2 tabl.

Gydymo kursas tęsiasi mėnesiais (mažiausiai 3 mėn. su 5—7 dienų pauzėmis kas 3 savaitės. Autorius kreipia dėmesio į kombinaciją proteinoterapijos su gydymu Ferr. - Ars. troponu.

Dr. M. Nasvytis.

II. Tuberkuliozė.

1. *Prof. Jacobeus* (Stockholm). — „**Die Thorakoskopie und ihre praktische Bedeutung.**“ (Torakoskopija ir jos praktiškoji vertė). („Ergebnisse d. gesamten Medizin“. B. 7).

Išsamiai ir gyvai parašytas straipsnis, kurį patartina pasiskaityti orginale visiems, kas domisi šita sritimi.

Sėkmingi kūno tuštymų tyrimai cistoskopo, gastroskopo ir pan. instrumentų pagelba paskatino autorių išrasti aparatą, kuris leistų tiesiog akimis apžiūrėti plaučių pleuros vidų. Tasai instrumentas yra troakaras, kurį įveda pleuron ir kurio vidun įstato optikos prietaisą su lempute, norint gerai apžiūrėti pleurą ir padaryti tinkamų išvadų. Autorius dažniausiai vartodavęs šį inspekcijos būdą pleurituose (eksudaciškuose): išleisdamas skystimą ir prileisdamas oro, jisai galėdavęs smulkiai ištirti pleuros plėvę, matyti hiperemiją, tuberkulus, fibriną ir t. t., kaip parodo piešiniai jo straipsnyje. Didelės vertės turįs instrumentas dirbtinio pneumotorakso terapijoj, nes esamieji plaučio ir plėvės suaugimai gali kliudyti plaučio kolapsui, nežiūrint į padarytą pneumotoraksą. Įvesdamas vienu troakaru plėvės vidun torakoskopą, o kitu galvanokaustikos kilpą, autorius jos pagelba perskiria suaugimus, visą operaciją akimis kontroliuodamas, ir gauna plaučio kolapsą. Dažniausioji šio akto komplikacija esąs eksudatas, mažai tesiskiriąs nuo to eksudato, kurs atsiranda savaime vartojant dirbtinį pneumotoraksą.

Iš viso autorius padaręs 120 pleuros atidalinimo operacijų; jų 76 kliniškai pavyko, 27 atvejais atidalinti nesisekė, likusiais atvejais — pasekmės nevykusios.

Literatūroje, pasak autoriaus, aprašytą apie 300 šitų operacijų; be autoriaus, daugiausia jų padaręs U n f e r r i c h t'as.

Dr. L. Koganas.

2. *Prof. R. Arima, Dr. K. Aoyama, Dr. J. Ohnawa Osaka* (Japonija). — „**Ueber ein neues Tuberkuloseschutz u. Heilmittel.**“ (Apie naują vaistą apsisaugoti nuo tuberkuliozės ir jai gydyti) („Zeitschr. f. Tuberkulose“, Bd. 42).

Noras surasti apsaugos skiepus prieš tuberkuliozę, kaip tatai surasta prieš kitas ūmines apkrečiamąsias ligas, verčia mokslininkus nenuilstamai šitoje srityje darbuotis, tačiau iki pastarojo laiko visos pastangos nuėjo niekais. Kaip žinome dar iš Koch'o laikų, tuberkuliozės imunitetas galimas tik esant kūne gyvoms baciloms, žadinančioms organizmo apsaugos jėgas. Tuo tarpu įleisti nors mažas virulentingų bacilų kiekis organizman pavojinga, kad jo neapkrėtus, o iš kitos pusės, įvedus negyvų bacilų, nesiseka gauti jų židinys, vad. „bacilų depo.“

Lieka tad klausymas rišti tuo būdu, kad organizman leisti nevirulentingų, bet dar gajų ir žadinančių imunitetą bacilų. Autoriai tatai pasiekė, išaugindami bacilų kultūras, pridėjus medžiagon saponino. Šitaip augintos bacilos dalinai netekdavusios vaškinės kapsulos, bet nepamesdavusios antigeninių savybių ir galėdavusios sugrįžti pirmykštėn (normalinėn) formon, persodinus jas pripraston medžiagon. Autorių padaryta visa eilė bandymų, skiepijant minėtas nusilpnintas bacilas jūrės kiaulaitėms. Pirmai kontrolinei 36 kiaulaičių grupei įleista po oda 0,001 mgr. 4 savaičių silpnavirulentingų lazdelių kultūros, ir kiaulaitės apsirgo ūmine tuberkulioze. Kitai 36 kiaulaičių grupei trijų savaičių laiko tarpu įleista nuo 0,002 iki 1 mgr. saponino kultūros ir po 67 dienų joms vėl tapo įleista virulentingų lazdelų; šitą kartą tik 6 kiaulaitėse skrodimas susekęs chroniškų tuberkuliozinių pakitimų. *Dr. L. Koganas.*

3. *Prof. H. Selter* (Koenigsberg). — „**Ein Versuch zur Tuberkuloseschutzimfung des Menschen.**“ (Bandymas apsaugomojo žmogaus skiepymo prieš tuberkuliozę). („Deutsche Med. Wochenschrift“, Nr. 29).

Autorius siekia dar toliau negu aukščiau cituoti tyrėjai. Išlaikęs tuberkuliozinę kultūrą septynias savaites 37° temperatūroj ir daug kartų persodindamas, jisai tiek ją nusilpnino, kad pastaroji galėjusi sukelti tik latentinę infekciją gyvuliuose. Tos kultūros autorius įleido po oda 9 vaikams (maximum 10.000 bacilų), niekada dar neturėjusiems tuberkuliozinės infekcijos (tatai anksčiau patikrinta skiepijant odon tuberkuliną). Joks vaikas neįgijęs bendros tuberkuliozės; gauta tik vietiniai specifiški pakitimai ir regionarinių liaukų patinimas. Kai kuriam laikui praslinkus, vaikai ėmę reaguoti tuberkulinui.

Autoriaus manoma, kad nurodytu būdu esą galima imunizuoti tie vaikai, kurių gyvenimo sąlygose labai lengvai apsikrečiama džiova.

Plačiai vartoti metodė dar nesubrendusi ir reikalinga naGrinėjimo bei kritikos. *Dr. L. Koganas.*

4. *Dr. Nabukichi Watanabe.* — „**Untersuchungen über Komplementablenkung bei Tuberkulose mit dem Besredka und Wassermann Antigen.**“ (Komplemento nukrypimo tyrimai tuberkuliozėje Besredka'os ir Wassermann'o antigenų pagelba) — („Zeitschrrift f. Tbc.“, Bd. 42).

5. *Dr. E. Kepsch u. G. Simsch.* — „**Vergleichende Untersuchungen zur Diagnostik und Prognostik der Lungentuberkulose.**“ (Tuberkuliozės diagnoziniai ir prognoziniai palyginamieji tyrimai). (Ten pat).

6. *Dr. F. Z. von Muralt und Dr. Papanikulan.* — „**Diagnostische und prognostische Schlüsse bei Lungentuberkulösen auf Grund der Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen und des Arnet'schen neutrophilen Blutbildes.**“

(Diagnozinės bei prognozinės išvados plaučių tuberkuliozėje, pagrįstos raudonųjų rutulėlių nusėdimo greitumo reakcija ir kraujo neutrofilijos vaizdu (sulig Arnet'u). (Ten pat).

7. *Dr. Friedrich Scheidemandel.* — **„Die klinische Beurteilung der Komplementablenkung nach Wassermann und Besredka unter Berücksichtigung der spezifischen Hautreaktion, Blutkörpersenkungsreaktion und des weissen Blutbildes.“** (Kliniškoji reikšmė komplemento nukrypimo Besredka'os Wassermann'o būdais ryšy su specifiška odos reakcija, eritrocitų nusėdimo greitumu ir baltojo kraujo vaizdu). (Ten pat).

Išvardintieji keturi darbai liečia aktualų laboratoriškos tuberkoliozės diagnostikos klausymą, ypač ligos aktingumui nustatyti būdą. Nebegalint daugiuma atvejų fiziškais tyrimo būdais ir rentgenu šitą klausymą išspręsti, tenka ieškoti tikresnių ir ankstyvoms ligos formoms tirti tinkamų metodžių.

Štai B e s r e d k a yra pasiūlęs imti antigenu išaugintą skystoje medžiagoje su kiaušinių baltymu ir užmuštą 100^0 temperatūroje tuberkuliozinę kultūrą; W a s s e r m a n n'as yra pasiūlęs vad. tetramin - lecitino antigeną. Pavartojus šiuodu antigenu Bordet - Gengoux reakcijai (komplementui rišti), gaunamas specifiškas rezultatas, ypač esą galima atskirti aktingoji tuberkuliozė nuo neaktingosios.

Eritrocitų nusėdimo greitumo reakcija, priklausanti kraujo serumo sudėties kitimui ir pasiūlytoji F a h r a n e s'o, o taip pat kraujo vaizdas sulig Arnet'u — abu teikią nemaža vilties tbc. aktingumo diagnostikai išdirbti. Pirmojo straipsnio autorius W a t a n a b e, padaręs 392 atvejais nukrypimo reakcijas Besredka'os ir Wassermann'o antigenų pagalba, rado, kad reakcija su Besredka'os antigenn išeinanti dažnai teigiama inaktingoje tuberkuliozėje, tuo tarpu Wassermann'o antigenas duodąs šitomis sąlygomis teigiamą reakciją daug rečiau; kitaip tariant, Wassermann'o antigenas daugiau tinkąs ligos aktingumui pažinti.

K a e b s c h'as ir S i m s c h'as, padariusieji 75 ligoniams Wassermann'o antigeno ir eritrocitų nusėdimo reakcijas, priėjo išvadą, kad, nors šitos reakcijos nesugebančios pakeisti senas klinikines metodes, tačiau, būdamos abi vienu metu padarytos, jos galinčios duoti labai svarbių nurodymų, ypač abejotinais atvejais.

M u r a l t'as ir P a p a n i k o l a n'as sistemingai darydavo savo pacijentams eritrocitų nusėdimo greitumo reakciją ir tyrinėdavo jų kraują Arnet'o būdu. Jų išvedama, kad eritrocitų nusėdimo pasivėlavimas ir kraujo vaizdo nukrypimas dešinėn sulig Arnet'u reiškią ligos pagerėjimą; nusėdimo pagreitėjimas ir kraujo nuslinkimas kairėn — priešingai, rodą ligos pablogėjimą. Sakytos reakcijos esančios labai svarbios po dirbtinio pneumotorakso operacijos, kai del plaučio kolapso auskultacija nieko neduodanti ir tik reakcijų pagelba galima pažinti objektyvus stovis bei proceso aktingumas.

Scheidemandel'is, patikrinęs visas minėtąsias reakcijas savo ligoniuose, atranda, kad Wassermann'o ir Besredka'os reakcijos tikrai esančios specifiškos tuberkuliozei, tačiau nėsą galima jų pagelba atskirti aktingoji tuberkuliozė nuo neaktingosios. Kai del Fahranes'o reakcijos ir Arnet'o kraujo vaizdo, šitas autorius patvirtina kitų nuomones apie jų svarbą tuberkuliozės aktingumui nustatyti.

Reziumuodami visų tyrimų išvadas, turime pripažinti, kad Wassermann'o ir Besredka'os pasiūlytieji tuberkuliozei pažinti (ypač atskirti aktingajai nuo neaktingosios) būdai ieškotojus apvylė. Mūsų referuojamieji bei kiti autoriai pripažįsta šitoms reakcijoms tik sąlyginę vertę. Watanabe sako, kad galima esą laikyti Wassermann'o reakcija beveik apytikria — „die Annahme lag nahe", Kaebsch'as ir Simsch'as pripažįsta jas tik tuomet, kai jau atlikti kiti klinikiniai tyrimai, o Scheidemandel'is visiškai neigia jų vertę tuberkuliozės aktingumo diagnostikai. Didesnio tikslumo turi, žinoma, daugeriopai ir sistemingai kontroliuojant, nespecifikša eritrocitų nusėdimo reakcija bei kraujo vaizdas sulig Arnet'u (Muralt ir Papanikolan, Scheidemandel). *Dr. L. Koganas.*

8. *Gustav Herrheiser.* — **„Die Skizze des Röntgenbefundes beir der Lungentuberkulose."** (Rentgeno išdavų schema plaučių tuberkuliozėje) („Zeitschrift f. Tbc." Bd. 43.).

Rentgenogramos reikšmė tuberkuliozės diagnostikoj šiuo metu, kai išsimokinta pažinti plokštelėje įvairios patologiškai — anatominės ligos formos, be abejojimo, esanti didžiulė, ir ligos diagnozė be R-nuotraukos laikoma lyg ir nebaigta. Tačiau rentgenogramos reikšmę mažinąs tasai faktas, kad toli gražu ne visi gydytojai yra išmokę ją skaityti. Paprastai rentgenologai prideda prie nuotraukos jos aprašymą, tačiau šitas aprašymas negali išaiškinti visa tai, ką rentgenologas norėtų aprašyti.

Tai padėčiai pataisyti autorius pagamino grafišką schemą, kurios numatyta visos svarbiausios nuotraukų smulkmenos.

Eksudacijos - pneumonijos rūšių pakitimams jo pasiūlyti supaišyti kvadratai lobuliariniams lizdams pažymėti; didelės netaisyklingos formos dėmės — lobariniams lizdams atžymėti; apvalios tuščios vietos — kavernoms ženklinti. Mazgelių (acinoziškai - nodoziško) tipo pakitimams žymėti pasiūlyti rutulėliai, o jiems susijus — dobilo lapelių formos; diseminacijai — taškai, kavernoms — apvalios apibrėžtos vietos. Fibroziškiems pakitimams — trikampiai, o labai ryškiems šešėliams esant — žvaigždutės; druožlėms linijos ir t. t. Panašūs sutartiniai ženklai autoriaus numatyti pleuros eksudatams, pneumotorakso dujoms, suaugimų sąvaržoms, organų padėties pakitimams žymėti ir t. t.

Pridedamos greta nuotrakų schemos rodo tikrai jų reliefingumą ir vaizdumą, tačiau schemos išeina kiek komplikuotos ir todel vargu bau plačiai prigis gyveniman. *Dr. L. Koganas.*

III. Skarlatina.

1. Я. В. МОЛДАВСКИЙ (Berlynas). — „Современная клиника скарлатины“. (Dabartinė skarlatinos klinika). („Врачебное обозрение“, 1925, Nr. 8).

Nors skarlatina aprašyta jau prieš 250 metus, tačiau ligos esmė nėra dar iki šiol patirta. Šituo klausimu dabar esama dviejų nuomonių. Vieni nėra linkę laikyti skarlatiną sui generis susirgimu, bet laiko ją savotiška angina, kurios tik eiga pasikeitusi, padidėjus ar pakitėjus organizmo reakcijai į svetimą įsiskverbusių bakterijų baltymą; tatai yra savo rūšies anafilaksinis šokas, panašus į seruminės ligos anafilaksinį šoką, kurs labai artimas skarlatinai iš ligos vaizdo: ekzantema, sąnarių ir limfos liaukų tinimas, albuminurija ir eozinofilija. Vien staigi skarlatinos pradžia, beveik neturinti prodrominių reiškinių, su vėmimu, staigiu t-os pakilimu ir kraujotakos apsilpimu, primena nusinuodymą ir griežtai skiriasi nuo kitų apkrečiamųjų ekzantemų.

Vien skarlatinoje atsirandanti angina, nebūnanti seruminėje ligoje, laikoma vietine įeinamųjų vartų reakcija ir yra panaši į pasirodančią seruminėje ligoje pradinę ekzantemą injekcijos vietoje. Įvairaus stiprumo susirgimas pareina nuo nelygios organizmo turimos alergijos. Kiek artimos angina ir skarlatina, tiek panašios ir šitų ligų komplikacijos. Kartais pasitaikančios su angina purpura ir urticaria yra skarlatininės ekzantemos ekvivalentas; todel, pritrūkus anafilaksinių reakcijai antikūnų, turėsime scarlatinam sine exanthemate.

Kitos nuomonės šalininkai, ir jų dauguma, deda visas pastangas tikrajam ligos sukėlėjui surasti. Čia esama daug nesutikimų.

Ir čia galima skirti dvi pakraipos.

Vienų skarlatinos sukėlėju laikomas streptokokas, turįs tam tikrų morfologinių savybių. Vienas svarbiausių iš senų šitos nuomonės reiškėjų yra M o s e r'is, pagaminęs polivalentišką streptokokų serumą prieš skarlatiną. Šių dienų jo vienmintis yra prof. K u č i n s k i's, kuriam esą pavykę eksperimentiškai iššaukti gyvuliuose ligą, iki smulkmenų panašią į skarlatiną; tatai jo pasiekta švirkščiant gautus iš kraujo nuo mirusių skarlatina žmonių streptokokus.

Antros pakraipos šalininkai ieško kitų mikroorganizmų, būdami nusistatę prieš streptokoką del šių priežasčių:

1. Iki šiol nepavyko įrodyti, kad skarlatinos streptokokai grynoje kultūroje gali iššaukti tipingą skarlatiną, jei juos įšvirkštume.

2. Persirgęs kartą skarlatiną paprastai įgyja imunitetą, tuo tarpu kiti streptokokų susirgimai tokio imuniteto neduoda.

3. Ligonių, sergančių skarlatina, kraujuje 2-ą ar 3-ą ligos dieną, o lygiai ir mirusiųjų 2-ą—3-ą ligos dieną kraujuje nepavykdavo susekti streptokoko, o tuo tarpu jį surasdavo paskuti-

niomis ligos dienomis. Tad galima būtų manyti, kad streptokokas patenka organizman tik antroje eilėje ir sukelia ne pačią ligą, o tik ją komplikuoja.

Laikydami klausymą neišrištu, šitie autoriai vienu balsu sutinka, kad skarlatina yra kontagiška liga. Kontagijaus prasiplatinimas priklauso pirmių pirmiausia klimato bei oro sąlygoms. Jį gali perduoti ne vien ligoniai, bet ir sveiki asmens, daiktai, gyvuliai. Be kita ko, prof. Czerny ir prof. Kučinski's, sutikdami su amerikiečiais, laiko pieną vienu svarbiausių ligos platintojų.

Palinkimas skarlatina apsirgti daug pareina nuo amžiaus. Dažniausiai suserga vaikai nuo 2 iki 5 metų. 1-ais metais apsikrečia daug rečiau, o po 45 metų, prasidėjus gomuryje limfinio žiedo fiziologiškai involiucijai, visiškai retai.

Czerny kalba, kad eksudaciniai, peršerti pienu, vaikai dažniau suserga skarlatina ir sunkiau ją pakelia. Sunkios glomerulonefrito formos, uremija yra privilegija vaikų, gerai maitinusiųsi. Czerny manymu, pienas ir kiaušiniai mažina įgimtą vaikų imunitetą.

Mažai žinodami skarlatinos etiologiją, nėsame toli nužengę ir jos diagnostikoj. Klinikinis vaizdas nevisados yra tipingas ir neabejotinas. Užtat pastaruoju metu yra atsiradusi ištisa eilė visokių pagelbinių tyrimo metodžių, kurių, tačiau, nė viena nėra visiškai tikra. Štai svarbiausios:

1. Umber'is parodė, kad Ehrlich'o paradimetilamidobenzaldegidinė, arba tiesiog, aldegidinė reakcija išeina skarlatinoje teigiama, o kitose ekzantemose neigiama.

2. Döhle surado tam tikrus kūnelius skarlatina sergančiųjų leukocitų protoplazmoje.

3. Stazės fenomenas Rumpel-Leede, kitaip vadinamas „Endothel-Phenomen". Padarydami elastišku bintu skarlatina sergančiam ligoniui 10-čiai minučių rankos kraujo stazę, gausime jos srityje nedidelių hemoragijų.

4. Išblyškimo fenomenas, vad. Schultze ir Charlton'o „Auslöschphenomen". Įleidus po oda suaugusiųjų arba rekonvalescentų serumo, skarlatininė ekzantema išnyksta; tačiau ji neišnyksta, įleidus serumo iš ligonio sergančio skarlatina.

5. Skarlatinos karščio stadijoj atsiranda teigiama Wassermann'o reakcija.

Kraujo vaizdas: leukocitozė 10.000—20.000. Praėjus 3—4 dienoms nuo išbėrimo pradžios, eozinofilija siekianti 25%. Vien tik sepsinėje ligos formoje eozinofilijos kartais trūksta. Pasveikimo metu — limfocitozė.

Infekcijos pavojus ir izoliacijos laiko tarpas šių dienų pažiūromis skaitomas 6—8 savaitės.

Dabar daug dirbama profilaktiškos vakcinacijos prieš skarlatiną srityje. Tinkamiausių rezultatų yra pasiekusi vakcinacija Dick'o toksinu, tik imunitetas gaunamas po kelių savaičių.

Skarlatinos gydymas nėra tiksliai moksliškai pagrįstas, nes neturime dar tikros etiologijos. Bandymai gydyti skarlatiną serumu pradėti dar Moser'io. Beveik 50% jo būdu gydoma liga eina geryn, bet trūkumas tas, kad reikia leisti daug serumo ir pasitaikydavo seruminės ligos atsitikimų.

Baigdamas, autorius atpasakoja savo mokytojo prof. Czerny pažiūras į skarlatiną:

1. Skarlatinos diagnozei tipinga ne vien kaklo, bet ir viso kūno limfinių liaukų tinimas, anginai atsiradus.

2. Sunku nustatyti prognozė vien pradiniais ligos reiškiniais besivaduojant.

3. Neteisinga manyti, būk gulėjimas apsaugoja nuo nefrito. Judesiai (žinoma, kritus t^0) nekenkia, bet tik naudingi, nes žadina apetitą. Patsai kramtymo ir rijimo aktas daug reiškia kaklo liaukų, ausies ir kt. susirgimų profilaktikai.

4. Dažnai randamas 3-čioje ligos savaitėje ūžesys širdyje yra tik funkcinis trūkumas ir išnyksta, ligoniui kiek pasitampius. Vartojant mišrią dietą, ūžesys pasitaiko rečiau negu duodant ligoniui vieną pieną.

5. Skarlatina sergančius maitinti vienu pienu, norint apsaugoti juos nuo nefrito, netikslu. Jis netinka, pirmiausia, del to, kad reikalingas didelis pieno kiekis, kuris apsunkina perdaug indus bei inkstus; antra vertus, pieno litras teturi 32,0 baltymo ir 1,6 NaCl. Visą ligą vaikai turi daug valgyti. Maistas reikia labai įvairinti, galima duoti net pikantiškų valgių. Nėra įrodyta, kad kuris nors uždaras blogai veiktų inkstus.

6. Manymas, būk esama epidemijų mažiau ar daugiau komplikuotų nefritais, yra klaidingas. Nefritai pareina ne iš epidemijų pobūdžio, bet iš įvairaus vaikų palinkimo inkstams susirgti. Vaikai, perpenėti (ypač pienu, kiaušiniais), o taip pat turį tam tikrą šeimyninį palinkimą, dažniau gauna nefritą.

7. Esant nefritui, norint apsaugoti nuo uremijos, reikalinga sumažinti skystimas iki 1 litro per dieną, baltymas — iki 1,0—2,0 vienam kg. svorio. Esant oedem'os tendencijai, — davinėti labai mažai druskos turinčio maisto, būtent, ryžių, kruopų, išplauto sviesto, duonos be druskos. Bulvės turi kalio druskų, ir jų duoti nepatartina.

Atsiradus pirmiems uremijos simptomams, patariama išleisti daugiau kraujo ir įvesti 1—2 cukraus dienas savaitėje; šitomis dienomis vaikams duoda 200—400 gr. cukraus pro die, ištirpinus tatai viename litre vandens arba arbatos ir padalinus į kelias porcijas. *Dr. Skliutauskas.*

2. Проф. С. И. ЗЛАТОГОРОВ, В. С. ДЕРКАЧ, С. Н. НАСЛЕДЫШЕВА. (Charkovas). — „Экспериментальная скарлатина". (Eksperimentiška skarlatina). („Врачебное Дело", 1925, Nr. 15—17).

Autoriai padarė eilę bandymų su triušiais ir bezdžionėmis Maçacus cynomolgus giminės.

Išvados šios:

1. Pas gyvulius (triušius ir macacus cynomolgus) eksperimentiška skarlatina nėra ištisai panaši į žmogaus skarlatiną.

2. Eksperimentiška šitų gyvulių skarlatina yra tai liga sui generis, tik iš dalies pakartojanti skarlatinos simptomatologiją.

3. Visi reiškiniai, gauti eksperimento, leidžia sukurti tam tikrą eksper. skarlatinos vaizdą, kurs yra specifiškas turimai skarlatininei medžiagai.

4. Eksper. gyvulių skarlatina galima iššaukti tiek su medžiaga, turinčia streptokokų (kraujas, organai ir skarlatina sergančiųjų liežuvio gleivės), tiek su tąja pat medžiaga, išėmus iš jos streptokoką.

5. Eksp. skarlatinos sukėlėjas pereina pro filtrą ir tūno burnos viduje, kraujuje ir vidaus organuose.

6. Pas gyvulius galima gauti pasažo virusas.

7. Skarlatinos virusas, regimai, aktivuoja streptokoką ir suteikia jam tam tikrų antigeniškų savybių.

Autoriai persistato žmogaus skarlatinos patogenezę šiuo būdu:

Sukėlėjas, pereinąs pro filtrą, pirmiausia, patenka burnos vidun, kame jis, susitikdamas su streptokokais, dažniausiai, juos aktyvuoja, patiekdamas tam tikrų antigeniškų savybių. Pakitėjęs streptokokas veikia savo toksinais organizmą, padėdamas skarlatinos virus'ui. Štai kodel dažnai tenka matyti skarlatinoje kartu septicemijos ir toksinemijos vaizdą. Taigi autoriai laiko skarlatiną tokia liga, kurioj patogenezės vaidmuo priklauso dviem agentam — sukėlėjui ir streptokokui.

Dr. J. Skliutauskas.

IV. Vaikų ligos.

17. *Hilgenberg* (Marburg u. Münster). — **„Statistischer Beitrag zur Frage d. Icterus neonatorum simplex“.** (Icterus neonatorum simplex statistikos duomens). („Monatschr. f. Geb. u. Gyn.“ 1925, B. 4-XVIII, H. 5-6).

Pasitaiko icterus neonatorum trijų laipsnių: 1) lengvoji geltligė, apimanti kūną be veido, kartais regima tik pirštu įspaudžius; 2) aiški visos odos c. coniunct. bulbi geltligė, išėmus delnus ir padus; 3) gelsvai brūnos, taip pat delnų ir padų spalvos icterus. Geltligė atsiranda dažniausiai 2-ją, 3-čiąją dieną post partum. Kai pastarosios esama jau gimdymo metu arba 1-ją dieną post part., tenka būk tikėtis sunkios ligos eigos su t^0 (Unger, Pfannenstiel); tatai autorius negalėjęs patirti. Toliau, atsiradusi tik 10-ą dieną geltligė duodanti prognosim infaustam (Ylppö). Straipsnis turi smulkios statistikos (564 atv.). Dažniausiai icterus praeina po 2—4 dienų. Ilgiau ligai užsitęsus, tenka manyti apie lues visceralis. 564 atvejais icterus buvo 374 atsitikimais = 68%. Dažnių dažniausiai būta icterus I gra-

dus (71%) ir tai dauguma atvejų neišnešiotuose arba operacijos pagelba gimusiuose kūdikiuose, o taip pat pirmagimiuose. Berniukuose dažniau kaip mergaitėse. Išėmus stiprųjį svorio kritimą, komplikacijų nestebėta. *Dr. T. Goldbergas.*

18. *Italiener* (Rummelsberg). — „**Unsere Erfolge mit hohen Neosalvarsandosen bei Behandlungen der angeborenen Syphilis**“. (Mūsų rezultatai gydant įgimtąjį sifilį didelėmis neosalvarsano dozėmis). („Klin. Wochenschrift“ 1924, Nr. 14. Ref. „Zentr. f. Geb. u. Gyn.“ 1925, Nr. 10).

Gauta gerų sėkmių gydant didelėmis neosalvarsano dozėmis įgimtasis sifilis sekama tvarka. Gydymas pradedama tuoj po dviejų teigiamų reakcijų (WR) arba konstatavus tipingų klinikinių simptomų. Neosalv. dozė vaikams iki 2 metų 0,03 pro kilo svorio į veną. Gydymas mišras: neosalv. + calomel. arba frikcijos. Per 3 savaites 3 n-salv. ir 3 calomel. injekcijos. 4 tokie tūrai — vienas gydymo perijodas. Vartojant neosalv. + frikcijos, kaitaliojas 2 savaiti frikcijų ir 4 neosalv. injekcijos per 14 dienų. 3 panašūs tūrai — 1 gydymo perijodas. Tarp gydymų (kursų) 3 mėnesių pauza ir po negatyvios WR dar 2 kursu užtikrinimui. Gydant mažomis dozėmis, iš 36 vaikų 17-ai reikėjo 2-jų kursų neigiamai WaR pasiekti; tuo tarpu gydant siūlomuoju būdu WaR virsta neigiama po pirmojo kurso. Todėl aprašomojo smarkesniojo gydymo kurso 1—2 metų vaikams visai užtenka (jei WR negatyvi); tik vyresnieji privalo gauti daugiau kursų. Neigiamoji WR po pirmojo gydymo kurso beveik tikrai nurodo, kad nei serologinio nei klinikinio atokričio nebesulauksi.

Dr. T. Goldbergas.

19. *Dr. K. Benjamin.* — „**Zur Entstehung und Behandlung des Stridor congenitus**“. (Stridor congenitus priežastis ir jo gydymas). („Monatschrift f. Khk.“ Bd. 30, H. 3—4).

Inspiratorinis kūdikių stridor galima laikinai sustabdyti, patraukus mandibulą pirmyn, pakėlus burnos dugną ir prispaudus liežuvį. Autoriaus nuomone, stridor congenitus paeina nuo alsuojamosios gerklės (larynx) judėjimo, nes kūdikių larynx stovi labai ankštai ir lengviau jį sujudina oras. Vaikai su trumpa mandibula ir yra palinkę prie stridor. Stridor pagyja savaime išaugus mandibulai ir nusileidus gerklei. Thymus hypertrophia, kurią randama tokiais atvejais, nėra priežastis stridor congenitus, bet jo pasekmė: alsavimo kliūtis iššaukia krūtinės organų veniškąją hiperemiją. *Doc. Tumėnienė.*

20. *Robert Rendu de Lyon.* — „**De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite du nourrisson**“. (Membranos tympani punkcijos reikšmė kūdikių ausų uždegimo diagnozei). („Archives internationales de Laryngologie“, T. III, 1924. Couprès roumein d'oto-rhino-laryngologie).

Kūdikiai serga labai dažnai otitis med. purulenta; 80 iki 95% kūdikių pūliuojantis ausų uždegimas neduoda membranos

perforacijos ir išorinio pūliavimo, todel jo diagnozė yra sunki ir randama tiktai skrodžiant. Autorius siūlo naują diagnozei metodę: punkciją membranae tympani. Punkcijai vartojama ausų veidrodis, Pravatz'o švirkštas ir adata su buku galu. Vaikas guli ant stalo su pakelta kiek galva, gydytojas atsistoja užpakalyj. Duriama 2—3 milimetrus gylio į užpakalinį-viršutinį kvadrantą. Dažnai pūliai yra labai tiršti ir gaunamas vos tik matomas lašas; jei punkcija nieko nedavė, tai daroma antra kiek žemiau. Gavus pūlių, reikalinga yra paracentezė. Autoriaus nuomone, reikalinga yra punkcija, susirgus vaikui sunkiu infektu neaiškios kilmės, neatsižvelgiant į tai, ar yra ar ne diagnozėje bronchitas, konvulsijos arba virškinamųjų takų susirgimas.

Autoriaus nuomonę palaiko S p i r t'as; jisai nurodo, kad statistikos daviniais 70—80% žinduolių serga otitis med. purul., kuris duoda didelį mirtingumo procentą.

Doc. Tumėnienė.

21. *Prof. Dr. Engel.* — „**Schlecht essende Kinder**". (Blogai valgantieji vaikai). („Monatschrift für Kinderheilkunde". Bd. 30, H. 3—4).

Blogai valgantieji vaikai yra nuolatinis apsireiškimas ambulatorijose ir praktikoje, sunkiai pasiduodąs taisymui.

Esą daugiausia neuropatai, skaičius kurių pastaruoju laiku auga. Jų gydymas bado metode, plačiai vartojamas, nepasiekiąs tikslo.

Priežastimi blogo valgymo esąs ankstyvas skonio pribrendimas. Gydymas — pirmoje vietoje auklėjimas. Griežtas pašalinimas buteliuko. Apetito gerinimas aštresniais, vaiko mėgiamais, bet jo virškinimui nekenksminga'is valgiais. Galima pritraukti pagelbon arseniką ir druskos rūkštį. Lengvesniu atveju aplinkybes permainyti, atiduodant vaiką pas gimines ar pažįstamus. Sunkesniu atveju neišvengiamas gydymas ir auklėjimas klinikoje.

Dr. A. Birutavičienė.

V. Chirurgija.

23. *Petermann.* — „**Zur Freundschen Operation bei Lungenemphysem**". (Freund'o operacija plaučių emfizemoje). („Deutsch. med. Woch." 1925, Nr. 1).

Tik F r e u n d'ui pasiūlius savo operacijos būdą, buvo kilę nemaža ginčų, kas galima pasiekti šonkaulių kremzlių rezekcija, darant emfizeminę krūtinės ląstą paslankia. Jei šonkaulių kremzlių sukietėjimas būtų pirmykštis ir prasidedąs apie 30—50 metų amžiaus, prieš plaučių emfizemos reiškinius, tai tuomet, pašalinus sukietėjusias kremzles, galima būtų veikti emfizemos susirgimas kauzališkai; kitaip, jei šonkaulių kremzlių sukietėjimas išsivysto, kaip emfizemos sėkmė, tai tų kremzlių pašalinimas yra tik simptomiškas žygis. 1910 metais tas F r e u n d'o operacijos

klausymas buvo apsvarstytas Vokiečių Chirurgų Kongrese ir paskui ta operacija buvo daryta gan dažnai ir gerais rezultatais. Pastaruoju laiku pastebimas lyg noras užmesti tą operaciją. Autorius, ligi šiol nemaža vartojęs tos operacijos būdą ir pasiekęs gan gerų jos vaisių, siūlo ją iš naujo, bet nurodo, kad tai operacijai tinka toli gražu ne visi plaučių emfizemos atsitikimai. Visų pirma reikia daryti F r e u n d'o operacija tik tuomet, kai esama charakteringų ankstybinio šonkaulių kremzlių sukaulėjimo reiškinių, kurie charakterizuojasi nelygiu, gumbuotu kremzlių sustorėjimu ir jų pailgėjimu. Plakant ties sukaulėjusiomis kremzlėmis skauda. Kremzlių sukaulėjimo diagnozė pasitikrina dar Rentgeno spinduliais ir bandant adata, kas atliekama šitaip: jeigu įsmeigsime adatą į pakitėjusią kremzlę, tai jausime, kaip adata bus atsirėmusi į kietą daiktą arba patekusi į kremzlėje susidariusį tuštymą, tuo tarpu kai, įsmeigus adatą į sveiką kremzlę, jaučiamas jos elastingumas. Operuoti tinka 30 arba 40 metų ir ne daugiau kaip 50 metų turintieji pacientai, pas kuriuos liga dar nėra užsisenėjusi. Nėra prasmės daryti operacija seniems emfizematikams, lygiai kaip ir tiems, kurių emfizemos dėliai cirkulacijos organai žymiai pakitėję. Operuojant pašalinamos paprastai tik vienos pusės II—V šonkaulių kremzlės. Reikalui esant, galima dar kita operacija rezekuoti kitos pusės šonkaulių kremzlės. Norint perspėti galimą kremzlių regeneraciją, reikia pašalinti kartu ir perichondriumas. Ypač nelengva pašalinti užpakalinės kremzlių sienos perichondriumas, nes anormališkai įtempta ir plonytė pleura gali būti ten lengvai sužeista. Pašalinus kremzlių, patariama jų vieta išpildyti mobilizuotais kaimyniniais raumenimis. Operacija galima patogiai daryti vietinėje anestezijoje. Tuojau po operacijos dauguma pacijentų pajunta palengvėjimą ir matyti, kaip pas juos krūtinės ląsta tampa paslanki. Suprantama, kad pirmas dienas po operacijos alsavimas ir ekspektoracija del žaizdos esti kiek skaudūs. Toliau, pagijus po operacijos, reikia daryti pacijentams alsavimo gimnastika, del kurios pagerėja iškrikusi pacijento cirkulacijos sistema ir praeina bronchito reiškiniai. *Dr. Kuzma.*

24. *v. Kováts* (Szeged - Ungarn). — **Die Röntgendiagnose der Bronchiektasie mittels „Lipjodol Lafay“.** (Bronchiektazijų rentgenodiagnozė lipiodol'io pagelba) („Deutsch. med. Woch“. 1925, Nr. 6).

Bronchiektazijų diagnozė kai kada yra gan sunki. Pastaruoju laiku tai diagnozei daug padeda prancūzų preparato „Lipiodol Lafay“ vartojimas. Lipiodol'is tai yra šviesus alyvos pavidalo nekenksmingas skystimas, kurs turi vienam k. cm. 0,54 cg. audinių neerzinančio jodo, del ko tas preparatas gali tikti net intramuskulinėms injekcijoms. Į rentgenologiją, kaip kontrastinį preparatą, įvedė jį S i c a r d'as ir F o r e s t i e r'is. Bronchiektazijų tyrimo technika tuo preparatu yra gan paprasta. Pa-

darius larynx'o anesteziją, larynx'o švirkšto pagelba suleidžiama šiltoje maudyklėje sušildyto lipiodo'lio 15—20 k. cm. Sergent ir Cottenot siūlo vartoti lipiodol'io injekcijas iš kaklo larynx'o pusės, pradūrius švirkšto adata odą ir ligamentum cricothyreoideum ir tuo būdu įėjus į tracheą. Armand-Delille siūlo vaikams vartoti tam tikrą troicart'ą, kurs įsmeigiamas tam tikru būdu, aprašytu „Presse Médicale" 1924 m. Nr. 39. Padarius gerą anesteziją, lipiodol'io įvedimas į bronchus nesudaro pacijentams žymių nesmagumų. Anestezijai praėjus (po 10 min.), tas preparatas daugumoje iškosiamas; tik maža jo dalis pasilieka bronchuose ir alveolose, iš kur jis paskiau rezorbuojasi į plaučių parenchimą ir ten dar kelias dienas Rentgeno-spindulių pagelba matomas difuziškų šešėlių pavidalu. Ta organizme pasilikusi preparato dalis visiškai nekenksminga; bet dar naudinga savo jodo kiekiu. Pavartoję lipiodol'į prancūzų autoriai pastebėjo pas pacijentus kasdieninį skreplių kiekį sumažėjimą (vietoje 180,0 iki 25,0).

Kovats Šegede Vengrijoje patikrino diagnozinę lipiodo'lio reikšmę ir pastebėjo, kad lipiodolį turinčių bronchų vaizdas neapprastai aiškus ir detalingas, tuo tarpu kaip tais pačiais atvejais be lipiodolio kontrasto gaunamas tik neaiškus bronchiektazijų šešėlis. Be bronchiektazijų, galima tuo preparatu naudotis dar plaučių tbc, gangrenai ir kit. susirgimams diagnozuoti.

P. S. Vienos Un-to klinikose taip pat daroma plaučių susirgimų diagnostika lipiodol'io pagelba, bet kiek paprastesne technika. Taip, I Chirurgijos klinikoje docentas Sgalizer suleidžia per ploną persmeigiančią ligamentum cricothyreoideum adatą nedidelį lipiodol'io kiekį ir guldo ligonį pamažu iš pradžios ant vieno šono, kad lipiodolis geriau patektų į vienos pusės bronchus, ir paskiau ant kito šono. Panaši paprasta technika vartojama ir kitose Vienos klinikose. Iš II Medicinos klinikos doc. Luger praneša gerus terapiško lipiodol'io veikimo rezultatus.

P. S. S. Stuburo smegenų navikų Rentgeno-diagnostikai subduralinės lipiodol'io injekcijos taip pat labai naudingos ir jos sėkmingai vartojamos Vienos klinikose. Jei, pav., subdurališkai suleisti lipiodol'į per suboccipitalinę punkciją, tai jis, slinkdamas duraliniam maiše žemyn, susilaikys ten, kur yra išsivystęs navikas, ir duos atatinkamą jo susilaikimo vaizdą. Ne be reikšmės yra lipiodol'is ir smegenų skilvelių Rentgeno diagnostikoje.

Dr. Kuzma.

25. *K. Nather u. M. Igalitzer.* — **„Zur Technik der Bronchographie. Verschluckmethode".** (Bronchografijos technikos klausymu. Prarijimo metodė) („Zbl. f. Chir." 1925, Nr. 28).

Iš I Chirurgijos klinikos Vienoje dr. Nather aprašinėja, kaip jam, esant Ciuriche profesoriaus Clairmont'o klinikoje, teko pastebėti pas vieną pacientą, kuriam ezofagoskopijos dėliai buvo daryta pharynx'o ir larynx'o anestezija, kad kiek paskiau tas pacijentas, rydamas duotą jam stemplei peršvie-

sti kontrastinį preparatą, aspiravo tą preparatą į bronchus ir tada, peršviečiant pacijentą Rentgeno spinduliais, galima buvo matyti jo bronchai gražiai prisipildę kontrastinio preparato (barium). Anestezijos veikimui praėjus, pacijentas iškosėjo jam nėkiek nepakenkusį preparatą. Atsiradus 40% jodipin'o ir lipiodoli'o preparatams, autoriai, naudodamies pharynx'o ir larynx'o anestezija, I chir. klin. Rentgeno laboratorijoje plačiai išmėgino tuos preparatus bronchoskopijos tikslams preparatų aspiracijos keliu. Išvalius gerai dantis ir burną, pacijentui daroma 10% — 15% kokainu pharynx'o ir larynx'o anestezija ir, pajutus pacijentui sunkumą ryti, duodama jam, pastačius prieš Rentgeno širmą, gerti jodipino (ligi 40 ccm.), kurs patenka į tracheą ir bronchus.

Įvairiai lankstant pacijentą, arba, norint pripildyti preparatų viršutinius bronchus, guldant jį horizontiškai, galima Rentgeno pagelba matyti, kaip prisipildo visi, kad ir smulkiausi, bronchai. Tuo būdu vieną dieną tiriama tik viena pacijento plaučių pusė (preparatu pripildomi tik vienos pusės bronchai). Po tyrimo, greit anestezijos veikimui praėjus, pacijentas iškosėja preparatą. Likęs gi neiškosėtas jodipinas alveolose rezorbuojasi. Jei, nepilnai anestezijai esant, jodipinas patenka į virškinamąjį traktą, tai ten jis nekenkia. Jei kitą kartą gautųsi jodizmo reiškiniai, tai jie lengvai galima pašalinti bromo pavartojus.

Dr. Kuzma.

26. *Doc. Dr. Oscar Beck* u. *Doc. Dr. M. Igalitzer.* — **Ueber Brochographie mittels Larynxkatheters**". (Bronchografija larynx'o kateterio pagalba) („Zbl. f. Chir. 1925, Nr. 28).

Vienos ausų, nosies ir gerklės ligų klinikoje ir I chirurgijos klinikoje autoriai patobulino įvedimą į bronchus kontrastinio preparato (40% jodipino), sukontruktavę tam tikrą kateterį, kurs per burną, padarius larynx'o anesteziją, įvedamas pacijentui į tracheą ir tuomet pacijentas statomas prieš Rentgeno širmą. Jodipinas įpučiamas per kateterį tam tikru aparatu (originale parodytu piešiniuose). Tą būdą vartojant, preparatas nesusisiekia su visuomet infekuota burnos gleivine. *Dr. Kuzma.*

27. *Walter E. Dandy.* (Baltimore). — „**Contribution to brain surgery**". („Annals of surgery". Vol. LXXXII. 1925, X. Nr. 4).

Pašalinti navikams, esantiems smegenų gilumoje, frontalinėje basis cranii dalyje, D a n d y siūlo frontalinės smegenų dalies rezekciją, kad galima būtų be kliūčių išimti navikas ir sustabdyti kraujavimas. Reikia tik sergėtis nesužeisti esąs kairiojoje pusėje centrum Brocca. Vienu atveju D a n d y, rezekuodamas frontalinę smegenų dalį, atidaręs ir cornu anterior. Jokių blogų pasekmių del to, o taip pat del visos frontalinės smegenų dalies rezekcijos, nematęs; jokių funkcijų iškritimo po rezekcijos nebuvę pastebėta.

Dandy siūlo keletą naujų piūvių kaukolei plačiai atidaryti. *Dr. B. Zacharinas.*

28. *John Lawrence Jates* and *G. W. Stevens* (Milwaukee, Wis.). — **„Active motion in the treatment of fractures“.** („Annals of surgery“. Vol. LXXXII. 1925. X. Nr. 4).

Autoriai pastebėję, kad gyvulių kaulų lūžimai be žmogaus pagelbos gyją geriau ir greičiau su nedideliu stipriu callus'u, negu lūžimai, kuriuose žmogus norėjo padėti ortopedišku būdu. Autoriai aiškina tą faktą tuo, kad gyvuliai be žmogaus pagelbos pradeda anksti judėti savo galūnėmis ir pradeda anksti vaikščioti. Autoriai pamėgino leisti savo ligoniams anksti aktyviai judėti savo lūžusiomis galūnėmis ir anksti (kai kada net trečią dieną po lūžimo) vaikščioti. Jie aprašo su rentgeno nuotraukomis 9 atsitikimus (fractura II, III, IV ir V metatarsų su II ir III os. cuneiformii sutriuškinimu; fractura mal. int. tibiae dex., fractura apatinėje blauzdos dalyje abiejų kaulų su haemartrosis kelio sąnario; lateral. fractura colli femoris sin.; fractura ram. horizontalis et descendentis os. pubis 64 mt. amžiaus moteriškei, fractura claviculae 72 mt. amžiaus gydytojui; fractura colli humeri dex. 84 mt. amžiaus moteriškei ir t.t.). Visi atsitikimai gana greitai pagiję su gera funkcija ir su minimaliu callus'u.

Dr. B. Zacharinas.

VI. Urologija.

11. *H. Kümmel* (Hamburg). —**„Operative Heilung der insuffizienten Niere vor Nephrectomie der andere“.** (Operatiškas inksto trūkumo gydymas prieš nephrectomia). („Zeitschr. f. Urologie“, 1924., Bd. 18., H. 10—11).

Gan dažnai, susirgus chirurgiškai vienam inkstui, pasirodo, ir kitas turįs trūkumų. Aiškinti tatai refleksišku sutrikimu (reflexus renorenalis) autorius nesutinka. Turint galvoje eksperimentus su gyvuliais, daug tiksliau tatai aiškinti nefrotoksinų veikimu. Dažnai pasitaiko, kad inkstas, atrodęs sveikas prieš kito nefrektomiją, po operacijos pasirodo sunkiai sergąs. Ypač tatai tėmyta tbc. ir navikų ligose. Suprantama, pasitaiko histeriškų anurijų, bet labai retai. Didelį vaidmenį, tik dar neišaiškintą, turi čia n. sympaticus. Šiaip jau tamsių reiškinių skaičius (neišaiškintas inksto kraujaplūdis) mažta, ir ten, kur jų būta, kyla aikštėn sunkios paslėptos inkstų ligos. Greta antrojo inksto pasveikimų po nefrektomijos užtinkame ir sunkios anurijos atsitikimų. Tatai įvyksta tuomet, kai trūkumas gana žymus, liga užsisenėjusi ir toli nužengusi. Blogumams išvengti ir kad padarytų galimą sunkiai sergančio inksto nefrektomiją be pavojaus sutrumpinti ligoniui gyvybę, autorius pirma padaro nepakankamai veikiančio kito inksto dekapsuliaciją. Operacijos motyvai pagrįsti Herrison'o, Rovsing'o, Edebohls'o ir jo paties

bandymų išdavomis. Jau ant operacinio stalo esą matyti inksto kraujotakos pakitimas po dekapsuliacijos (mechaniškas veikimas); be to, perpjaunama visas n. sympatici tinklas (kapsuloj). Autoriaus bandymai, dar nebaigtieji, esą duoda vilties įrodyti, kad dekapsuliacijos sėkmė pareina iš operacinės įtakos į n. sympaticus. Nors kapsula greit atgimsta ir virsta dar kietesnė, vis vien operacijos pasisekimas yra tikras. Nurodomos 2 ligos istorijos: vienoje—tbc., kitoje - tumor. Prieš darant vienam inkstui nefrektomiją, kitas inkstas buvo dekapsuliuotas. Sėkmė kuogeriausia.

Dr. T. Goldbergas.

12. *E. Joseph u. H. Janke* (Berlin).—„**Beitrag zur Chirurgie tiefsitzender Uretersteine**“. (Del apatinės šlapimo latakų dalies akmenų chirurgijos) („Zeitschr. f. Urologie“ 1924, Bd. 18., H. 10—11).

Dažniausiai pasitaiko šlapimo latakų akmenys jų apačioje. Daugiau vartojamieji akmenų išėmimo būdai yra šie: 1) kateterizacija šalia akmens ir aliejaus ar glicerino švirkštimas; 2) šlapimo latakų ištempimas paliekamų 24—48 valandoms kateterių pagelba, o vėliau zondavimas kiek storesnių numerių zondais; čia galima drenuoti ir plauti išplėsti ir infekuoti inkstų piltuvėliai; 3) tik ką nurodytam būdui nepavykus, leidžiama sol. cocaini 2—5%, novocaini arba papaverini, latako sienelėms kiek paliuosuoti ir tuo būdu suspaudimui pašalinti; 4) įvairūs diliatatoriai. Intramurališko sužnybimo atveju galima prapjauti pryšakinė latako sienelė endoskopiškomis žirklėmis ar kitais instrumentais, arba elektrokoaguliaciniu zondu. Visi minėti būdai padeda tik akmeniui savarankiškai nuslinkti į pūslę. Kitų autorių mėginama aktyviai pagelbėti žnyplių formos instrumentais (tatai pavojinga — galima sužeisti) arba zondu, praėjusiu už akmens ir ten atsidarančiu, kad nutrauktų žemyn akmenį. (Tekste aprašytas Joseph'o prietaisas). Šitos metodės mėgiamos ypač Šiaur. Amerikoje (90% akmenų čia pašalina kalbamu būdu). Autoriai susiįdomavo 2 klausimais: 1) kaip ilgai galima kuris vienas šių būdų vartoti? ar nesukelia ilgas laukimas nepataisomos žalos inkstams? 2) Kiek stipriai jau inkstai yra nukentėję? bene būtų galima ir kiek jie atitaisyti, būtent, ar leistina akmenų išėmimas laikyti pirmos eilės indikacija? Patiekiamos tipingos ligos istorijos, paaiškinančios autoriaus nusistatymą.

Laukti be galo, be krašto esą pragaištinga. Sunkiai nukentėjęs inkstas, jei tik kitas liktų darbingas, iš karto pašalinamas, o akmenys esą galima palikti rezekuotoje latako dalyje; jais tenka rūpintis ateityje. Autoriai mano, kad dažniausiai nereikėsią antru kartu imti likusių akmenų, jei iš karto padaryta nefrektomija. Jei akmens padarytas latako užsitvenkimas yra neseniai įvykęs, tad pradžioje reiktų išmėginti endovezikališki būdai; jiems nepavykus, geriausiai tinkanti extraperitoniškos uretero litotomijos operacija. Straipsnis nurodo šias intramurališkiems akmenims išimti operacijas: kombinuoti trans - ir ekstraperitoniški būdai;

moterims per vaginam, jei iš jos galima apčiuopti akmuo; per perineum,—kai akmuo guli ne aukščiau kaip 4 cm. nuo žioties į pūslę; parasakrališkoji (Voelker'io) metodė nepatogi. Perspėjama nevartoti po operacijos guminių drenų, nes šie duodavę vėliau kraujaplūdį iš art. iliaca ext. Drenuoti galima tik ureterų pjūvio vieta pirmas dvi dieni siauromis marlės juostelėmis.

Dr. T. Goldbergas.

VII. Akušerija ir ginekologija.

20. *Frey* (*Zürich-Walthard's Klinik.*). — **„Die Resultate der prinzipiellen Bekämpfung der kindlichen Asphyxie sub partu mit Chloroformnarkose"**. (Principinės kovos pasekmės su naujagimių asfiksija sub partu chloroformo narkozės pagelba). („Zentr. f. Geb. u. Gyn." 1924, Nr. 18).

Pavojingais vaisiui simptomais laikoma širdies trinksnių kritimas žemiau kaip 100 laiku dviejų poilsių tarp sopių. Plačiai žinoma kovos su asfiksija metodė yra dvejopa: 1) gimdymo proceso pagreitinimas (karštos tynės, karšti kompresai, chininas); 2) sopių sumažinimas poilsiui (morphijus, chloralhidratas, kodeinas). Pirmon rūšin tenka priskirti taip pat pituglandol'is (pituitrin'as) intra venam; tačiau pastarasai apvylė (M e n n e t), nes, poilsiams mažėjant, asfiksija didėja, nekalbant jau apie galimą tetania uteri, kada gimdymo procesas visai apmiršta. Vieną kartą, besiruošdamas forsuoti gimdymą, kai vaisiaus širdies plakimas buvo sulėtėjęs, ir davęs chloroformo narkozę, autorius pastebėjęs, kad vaisiaus širdies tonai pasitaisė. Nutraukęs narkozę ir negalėdamas del kai kurių apystovų baigti operatiškai gimdymą, autorius sulaukęs ekspektatyviškos gimdymo pabaigos, ir kūdikis gimęs gyvas. Tatai paskatino plačiau imtis chloroformo narkozę tirti. 35-ais pavojingais asfiksijos atvejais 62,85% gauta visiškas pasisekimas, 22,85% — dalinas pagerėjimas ir 14,28% — neigiamos pasekmės. Etero narkozė kalbamuoju atveju negali atstoti chloroforminės. Žinoma, iškritus virkšteliai, reikalinga tinkamai gelbėti.

Autoriaus išvados: 1) Kritus širdies plakimui žemiau kaip 100 viso poilsio metu, reikia tuoj imtis chloroformo narkozės. Tonams pasitaisius, po 10—15 minučių nutraukti narkozė ir, pasiruošus pakartoti narkozę bei ekstraguoti, vesti toliau gimdymas ekspektatyviškai. Tonams minėtuoju laiku nesitaisant, reikia baigti gimdymas operatiškai (tinkamomis operacijai apystovomis).

2) Iškritus virkštelei, be abejojimo, reikia greičiau gimdymas baigti nepaisant tonų pagerėjimo.

Tokiu pat būdu autorius, vartodamas chloroformą, mano sumažinti dedamų replių skaičių. Praktiškai 70% visų atvejų asphyxia foetus parodo reikalą imtis replių. Be to, įvedant chloroformo narkozę ramiai galima ruoštis tirti ir operuoti, ne paskubomis atliekant dezinfekciją, nes, tonams besitaisant, vaisiui pavojus mažėja. Pusiau miegant gimdyvei (Dämmerschlaf) vai-

siaus tonai taip pat taisosi. A s c h o f f'as aiškina tatai scopolamin'o veikimu. Tekste yra lentelių ir ligos istorijų ištraukų.

Dr. T. Goldbergas.

21. *A. Bauereisen* (Magdeburg). — **„Die formalinbehandlung der chronischen endometritis nach Menge"**. (Chroniškų endometritų gydymas formalinu pagal Menge). („Monatschr. f. Geb. u. Gyn." 1924, Bd. LXVII, H.$^1/_2$).

Gydymas formalinu, kurį M e n g e yra pasiūlęs pirmiau vien tik hemoragiškų endometritų terapijai, dabar, kiek žinome, yra plačiai vartojamas visokiems endometritams gydyti. Pirmiausia, pasiekta gerų vaisių endometrituose, kilusiuose po abortų arba gimdymo. Klimakteriniams kraujaplūdžiams gydyti šita terapija vartojama tik tuomet, kai histologiškai bus tikrai atmesta piktybinė neopliazma. Geras yra šitas būdas endometritis hypersecretorica atvejais, bet mažiau tinka endometritis constitutionalis ir senilis ligose. Kontraindikacijos (anot M e n g e): gravidit. extra - arba intrauterina; gonorrhoea acuta arba subacuta; įdegimo procesai arba gimtuvės raumenų, adneksų ar mažojo dubens pilvaplėvės pakitimai, myoma submucosum, polipai; tbc. mucosae uteri arba neoplasma malignum, menstruatio. Del paskutinės kontraindikacijos autorius nesutinka ir vis tik vartoja kalbamąją terapiją stipriose, bet ne piktose meno - ir metroragijose jaunoms moterims. Ypač gerų sėkmių autorius turėjęs endometr. hypersecretorica atvejais ir mano, kad fluor'o etiologijai praktiškai daugiau reikšmės turinti bakteriologija negu šiaip „vidujinės" priežastys. Net chroniškuose adneksituose autorius nematęs žalos formaliną vartodamas.

M e n g e yra pasiūlęs sol. formalini vandenyje (30:70) ir (25:50), bet pastaruoju metu vartoja spiritinį formalino skiedinį, nes šitas giliau veikia audinius. Stiklinėj visada privalo būti paruoštos 6 Menge'iškos kaučukinės lazdelės, plonai apsuptos vata ir iki pusės padengtos spiritiniu formalino tirpiniu 25:75. Iš 55 formalino terapijos atsitikimų per 3 metus autorius turėjęs tik 3 nepasisekimus; iš 50 atvejų endometritis post abortum (kraujaplūdis) — 11 nepasisekimų; endometr. post. part. 8 atvej. — 1 nepasisekimas; endometr. hypersecretor. su kraujaplūdžiu 72 atvejais gydyta abrasio ir formalinu ir turėta tik 2 nepasisekimu; geros rūšies meno - ir metroragijos 118 atsitikimų; jų tarpe 27 gydyti formalinu ir tik 4 nepavyko išgydyti; 91 abrasio ir formajinas — 3 nepasisekimai.

Tame pačiame laikraščio numeryje tilpo dar vienas (G a e v e c k e — Hamburg) straipsnis, siūląs vartoti formaliną taip pat nevaisingumui gydyti. 65% autoriaus gydytų nuo šitos ligos moterų neturėjusios aiškiai matomų endometrito reiškinių, o vien tik sterilišKumą. Neilgai trukus nuo formalino gydymo pradžios jos pastojusios. Tekste nurodama technika. Gydymas ambulatoriškas.

Dr. T. Goldbergas.

VIII. Odos ir veneros ligos.

20. *Dr. med. Danin.*—**Ueber ein neues Hilfsmittel zur Diagnose der „weiblichen Gonorrhöe“.** („Münch. med. Woch.“ 1925, Nr. 18, S. 717—719).

Remdamasis tuo, kad merginų ir kliniškai sveikų moterų makščių sekretas yra rūkščios reakcijos, o gonoroiniuose susirgimuose sekreto reakcija silpnai rūkšti, neutrali, ar šarmiška, autorius šitą reiškinį sumanė panaudoti diagnostikos tikslams. Šituo reikalu firma Julia-Werkes chem. fabrikas Freiburge pagamintas specialus pirštas (Gonotest „Julia“), kursai užmaunamas ant piršto rodyklio ir, vengiant dasilytėti prie kitų pirštų, įvedamas į makštis. Makščių sekrete jis sušlampa ir, išėmus iš makščių, žiūrima į piršto spalvos atmainą. Jei makščių sekreto reakcija stipriai rūkšti, tai mėlynas piršto bruožas parausta iki tam raudonumui, kurs yra čia pat, juostos pavidalo, šalia mėlynos juostos — tuomet gonokokų buvimas galima neigti. Jei reakcija silpnai rūkšti, neutrali ar šarmiška, tai mėlynas lakmuso popierius nusidažo ar labai silpnai ar visai nenusidažo—galima gonokokų buvimas įtarti. Autorius mano, kad užtenka pradžioj gydymo konstantuoti gonokokai mikroskopiškai, o toliau jau jų buvimas galima esą kontroliuoti jo preparato pagelba. Baigus gydymą, vėl pataria patikrinti mikroskopiškai.i

Nepataria makščių sekreto reakcijos ttkrinti 1—2 dienos prieš ir 4—5 dienos po mėnesinių, kai sekre o reakcija nužengia rūkštumo link, kas gali suklaidinti.

Straipsnio pradžioj prof. Opitz'o įžangos žodis.

Dr. V. Juškys.

21. Dr. H. M. Овчинников—„К вопросу эозинофилии при гонорее“. („Венер. и Дермат.“ 1924, Nr. 6).

Tiriant gonoroinius pūlius pastebima aiški eozinofilija. Kai kurie autoriai nurodo į gerą prognozę, jei pūliuose yra eozonofilija (Joseph ir Polano, Guttmann). Radus eozinofiliją, galima nuspėti, kad yra paslėpta gonoreja. Finkelštein'as rado (Inst. Eksperim. Medic.), kad aiškiai išreikštą eozinofiliją sudaraș gonokokas, žymiai mažesnę — diplostreptokokas ir visai menką—bact. coli ir stafilokokas. Chroniško diplokokinio uretrito atsitikimais rasta (Čumakov) daug polinuklearių leukocitų su esamais juose diplokokais (jie nusidažo Gramo būdu) ir eozinofilų. Eozinofiliniam narvely gonokoko nė sykį surasti nepavykę; lazdelių pavidalo ir jaunuose eozinofilų formose gonokokų nerasta. Segmentuoti neutrofilai, kuriuose esama gonokokų, nusidažo žymiai šviesiau, negu jų neturintieji.

Pūlių eozonofilija gali atsirasti jau susirgimo pradžioj, dažniau atsiranda II savaitės pradžioj, ir aukščiausio savo išsivystymo laipsnio pasiekia 4—6 savaitėse (Dembskaja, Finkelštein'as ir kt.). Aukšta eozinofilija priklausanti nuo sekančių priežasčių: 1) nuo gonotoksino daugumo (daugiau gonotok-

sino — daugiau ir eozinofilų); 2) nuo židinio uždarumo — kuo židinys daugiau uždarytas, tuo didesnė galimybė duota gonotoksinams susitelkti, tuo didesnė eozinofilija; 3) nuo eozinofiliško palankumo iš organizmo pusės.

Del kraujo eozinofilijos—nuomonės skiriasi. Iš savo bandymų autorius daro šias išvadas: 1) eozinofilija galima panaudoti diagnostikos tikslams, ypač chroniškose gonorėjos formose, kur gonokokų tuoj nerandama; 2) kraujuje eozinofilija aštriame gonorėjos perijode dažnai atsiranda anksčiau negu sekrete; 3) labai sunkiose gonorėjos formose gali eozinofilia nebūti nei sekrete nei kraujuje; 4) aiškiausiai eozinofilija išreiksta 3—6 savaitėj; 5) esant gonorojinio pobūdžio komplikacijoms, eozinofilija sekrete—beveik taisyklė; neretai eozinofilijos randama ir kraujuje; 6) eozinofilija, matyti, yra reakcija į gonotoksiną, ir kaipo tokia, pareina nuo toksininio gonokoko buvimo; 7) eozinofilija—tam tikriems gonorėjos stoviams charakteringas reiškinys. Nedidelę eozinofiliją gali ir kitos bakterijos iššaukti.

Dr. V. Juškys.

22. *Wolff* (Breslau). — **„Vaccinotherapie der weiblichen Gonorrhöe“.** (Moters gonorejos vakcinoterpaija). („Zentralbl. f. Geb. u. Gyn.“ 1924, Nr. 20).

Autorius išmėgino įvairius preparatus; jų tarpe gonargin'u niekuomet visiškai nepagydydavęs. Vienok, vartodami šitą preparatą pogimdyminiu laiku, apsaugojame būk ligonę prieš Go. aukštyn slinkimą, o chroniškais atvejais būk sutrumpiname vietinio gydymo laiką.

Tik ką minėto nuopelno turįs ir gono-yatren'as, ir autorius pataria jį švirkšti venon, kad išvengtume vad. duriamosios reakcijos (skausmai, tverią $^1/_2$—2 dieni); žinoma, tada reikia kiek mažiau dozuoti. Autorius pageidauja, kad fabriko būtų suprastintas dozavimas ir būtų nurodyta vieno kub. cm. bakterijų kiekis. Gono-yatren'as turįs tos ypatybės, kad, jį gamindami, gonokokus nenumarina, bet įleidžia tiesiog į dezinfekuojamą yatren'o skystimą, kuris, veikdamas patsai, kaipo nespecifiškas jaudintojas, dar kiek padeda specifiškai vakcinai veikti.

Taip pat buvo išmėginta Loeser'o gonokokų vakcina (G u s t r o w) griežtai sekant jo nurodymus, visiškai netaikant vietinės terapijos. Vakcina turinti būti absoliutiškai šviežia; į tai neatsižvelgus, diskredituojama visa gydymo metodė. Pasekmės esančios labai geros, ir šitas būdas tinkąs ten, kur vietinė terapija sutinka kliūčių (neštumas, pogimdinis perijodas, abortas).

Sekamais tyrimais skiepyti gyvi gonokokai, paprastai gaunami iš naujos vyrų Go. Kultūra, persodinta daugiau kaip 4 kartus, nebetinkanti. Pacijenčių dalis išsigydžiusi jau pirmuoju švirkštimu, bet pasisekimo turėta tik 6 atvejais iš 14. Autorius pastebi, kad ėmęs vartoti šitą gydymą, kiek prisibijodamas. Jei neskaitysime stiprios vietinės reakcijos, tai šiaip komplikacijų nebūta. Skiepyta sub-ir intrakutaniškai (į petį). Autorius laiko aprašytą skie-

pymo metodę esant mažai švelnią ir nurodo, kad esą sunku visuomet po ranka turėti šviežia kultūra, jei jos daug reiktų. Be to, svarbu tiksliai žinoti skiepijamų ligonei gonokokų skaičius (1-am ccm.). Pastarasis apskaičiuoti autoriui pavykę tik straipsnį bespausdinant (tepinėlio pagelba).

Smulkiau autorius aprašo gonokokų skiepų gaminimą ir gono-yatren'o dozavimą. Jo išmanymu, visos metodės, o ypač vakcinoterapijos, esančios didelis žingsnis pirmyn, neneigiąs tačiau vietinės terapijos. Nėsą prasmės ilgam apsistoti viename kuriame preparate; jų maina greičiau duosianti gerų vaisių.

Dr. T. Goldbergas.

23. *Sachs* (Königsberg i. Pr.). — **„Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe der Frau."** (Del moters chroniškosios gonorejos gydymo) („Zentralbl. f. Geb. u. Gyn." 1925, Nr. 12).

Autorius praneša apie jo gydytą šviežia vakcina ir vietine terapija 61 chroniškosios gonorejos atsitikimą. Gydo kombinuodamas. Po 4 savaičių vakcina jau nebetinkanti; ji reikia laikyti šaltoje vietoje. Injekciją daro vieną kartą savaitėje imdamas 1 ccm. (= 100 mil. bakterijų) ir įleisdamas venon; silpnoms ligonėms reikia pradėti nuo $^1/_2$ ccm. (= 50 mil.). Abdominaliniai procesai nepaaštrėdavę (pirma reikia palaukti jų nurimstant). Patariama vakcinuoti stacionariškai. Paprastai leidžia vakciną 6 kartus, retai kada 8 kartus tomis pačiomis dozėmis. Dažnai gonokokai dingstą po pirmos injekcijos. Tuo pačiu metu gydymas vietinis: kasdien 1—2 kartu bacil. urethral. (Delegon, Gonostyli, arg. nitr. 1%); cervix nuvalomas Playfair'u (arg. nitr. 5%, ol. jothioni 10%), paėmus portio vaginalis kulipkų žnyplėmis, bet nesiekus toliau orif. internum. Jei nėra kontraindikacijų, valoma 3—6 kartus savaitėje. Gon. recti autorius neužtikęs nė karto. Po gydymo 2 mėnesių kontrolė. Tuo pat būdu gydoma ir vulvovaginitis infantum (vacc. 30—50 mil. intraveniškai ir vietinė terapija). Išsigydymo 84%. Trūkumas: ilgas gydymo laikas — 3 mėnesiai. Paskutinėm 2 savaitėm provocatio (2 ccm. aolan po oda ir tuo pačiu metu vietoje sol. Lugoli); pastaroji galima atlikti ambulatoriškai. Be to, galima guldyti ligonės tik vakcinacijos dienoms. Autorius mano, kad gulėjimas klinikoje (ramumas) turįs taip pat reikšmės pagijimui. Tekste aprašytas vakcinos gaminimas Karaliaučiaus Institute, ką esą galima ir visur kitur atlikti. O turint šviežios vakcinos, gydymas jau esąs techniškai lengvas.

Dr. T. Goldbergas.

IX. Nervų ir psich. ligos.

12. *Weygandt.* — **„Der heutige Stand der Behandlung der Metalues".** („Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Ps." Bd. 96, H. 1—3).

Autorius, žinomas Hamburgo psichiatras, pradeda straipsnį istorine apžvalga įvairių metalues'o (progr. paralyžius, tabes)

gydymo bandymų. Jisai pažymi, kad pirmas rimtas pastebėjimas terapiškos maliarijos ir recurrens'o įtakos psichikos ligonis priklauso Odesos gydytojui Rosenbliumʼui, paskelbusiam savo darbą 1876 m. Didelis nuopelnas yra Wagner - Jauregg'o (Vienoje), kad šis epokoje, kai terapijos atžvilgiu viešpatavo visiškai pasingas santykis prie metalues'o, atkakliai ieškojo gydymo priemonių: pirmiau buvo pasiūlęs tuberkuliną, o vėliau — apkrėtimą maliarija (1917 m.). Pastarasis gydymo būdas jau plačiai išsiplatinęs. Autoriaus gaviniais, gydant progr. paralyžių maliarija (f. tertiana) arba recurrens'u (prioritetą recurrens'o pasiūlyme Weygandt'as priskaito sau), gaunamos remisijos apie $^1/_3$ atsitikimų. Nestebėjęs kokio ypatingo skirtumo maliarijos ir recurrens'o veikime. Infekcija veikianti, sukeldama ligoniui t^0, leukocitozę, antikūnų produkciją; mano, kad jų įtakoje paralytinis procesas pereinąs į labiau stacionarines nepiktybines formas. Po nespecifiško gydymo esą tikslu pavartoti salvarsano preparatai. Ir kiekis ir remisijų ilgumas aiškiai pranešąs remisijas, kurios kai kada įvyksta ir negydytiems paralytikams. Vienok visai patenkinančiais gaunamuosius rezultatus autorius nepripažįsta: pasitaisiusiems ligoniams visvien pasilieką kai kurie psichikos trūkumai, tuo tarpu ir tokio — relatyvaus — pasitaisymo susilaukianti tik dalis ligonių. Progr. paralyžiaus profilaktikai maliarija netinkanti: tarp paralytikų neretai pasitaiko asmenų, kurie anksčiau yra sirgę maliarija. *Doc. Blažys.*

13. *Heinicke.* — **„Zur Frage der Encephalitikerfürsorge".** („Psychiatr. — neurol. W." 1925 Nr. 11).

Autoriaus ir, neprigulmingai nuo jo darusio apskaitliavimus, Stern'o gaviniais, Vokietijoje galima priskaityti apie 20000 sergančiųjų chronišku epideminiu encefalitu, kurio tipingiausias vaizdas yra vadin. parkinsonizmas. Toks ilgamečių ligonių skaičius, mažai arba ir visai nedarbingų, kelia labai rimto susirūpinimo del jų socialės globos organizacijos. Autorius siūlo steigti chroniškiems suaugusiems encefalitikams atskirus nervų skyrius esamose psichiatrinėse ligoninėse — kolonijose, o vaikams encefalitikams, kuriuose ligos pasekmėje tenka dažnai stebėti būdo pakitimų (ypač augštesniųjų jautimų atbukimas, sušiurkštėjimas, kas duoda pamato kvalifikuoti juos, kaipo „pseudopsichopatus"), kurti tam tikrus skyrius esamose psichopatinių vaikų auklėjimo įstaigose. Jau esą patirta, kad ligoniai vaikai tinka dar mokyti ir auklėti, tik tam dalykui reikalingai ypatingai prirengti mokytojai. *Doc. Blažys.*

14. *Prof. Karl Wilmanns.* — **„Lues, Paralyse, Tabes".** („Klin. Wochenschrift", 1925, Nr. 23—24).

Šitame darbe Heidelbergo psichiatras giliai ir visašališkai analizuoja klausymą apie metalues'o plėtojimosi priežastis. To nepaprastai vertingo darbo autorius išeina iš duomenų, kad tik vakarų civilizacijos kraštuose tabes'o ir progresiškojo paralyžiaus

ligų dažnumas lygiagretiškai eina su dažnumu lues'o ligos, o šalyse, kurių toji civilizacija dar nėra pasiekusi (k. a.: Šiaurių Amerikoj, Tunise, Alžire, Marokkoj, Abisinijoj), atvirkščiai, kad ir plačiausiai praplitus sifiliui, kuriuo būna užsikrėtusių ligi 70 90% tenbūvių gyventojų, susirgimas metalues'u tėra reta išimtis. Wilmanns nurodo, kad čia rėmęsis daugiausia v. Düring'o, Rieder'io, Wieking'o ir kt. darbais.

Iš kitos pusės, Wilmanns, pasirėmęs medicinos istorijos daviniais, prieina išvadą, kad iki XIX šimtmečio pradžios progresiškojo paralyžiaus susirgimai buvo priskiriami prie didelių retenybių.

Išeidamas iš aukščiau paduotų faktų, kuriuos autorius laiko neginčytinais, jis pradeda kritiškai nagrinėti visas tas hipotezes, kuriomis buvo naudotasi tiems faktams išaiškinti. Čia Wilmanns nagrinėja:

1) kai kurių rasių imuniteto teoriją;

2) psichiškai fiziško išsigimimo hipotezę, kaipo metalues'o išsiplėtimo priežastį visoj tautų eilėj;

3) mokslą apie domestikaciją (Domestikation), sulig kuria necivilizuotuose kraštuose išsilaiko tik žmonės, ypatingai ištvermingi prieš susirgimus ir kuriuose metalues'as neranda sau dirvos plėtotis;

4) toliau autorius liečia nervų metalues'o vyravimą aukštos civilizacijos kraštuose, kur lues per šimtmečius yra susikrovęs sau stiprų lizdą, sulyginus jį su jaunesniu lues necivilizuotuose kraštuose, kur jis ir apsireiškia antrine ar tretine forma;

5) prancūzų dermatologo Lacofere's teoriją, anot kurios reti metalues'u užsikrėtimo atsitikimai necivilizuotuose kraštuose aiškinami tuo, kad ten palyginti anksti užsikrečiama lues'u, kada ligonio nervų sistema dar rami ir stipri;

6) stengimąsi išaiškinti metalues'o vyravimą civilizuotuose kraštuose fiziškos konstitucijos savybėmis (R. Štern).

Iš exogeniškų teorijų Wilmanns nagrinėja:

7) alkoholio vartojimo teoriją (Kraepelin, Delbrück), kaipo apsireiškimą, padedantį plėstis metalues'ui;

8) sielos susijaudinimą ir per didelio galvos darbo intensyvumo teoriją, kuri ir gi prisideda neva prie metalues'o išsiplėtimo civilizuotuose kraštuose;

9) Mattauschek'o ir Pilcz'o hipotezę, anot kurios necivilizuotų tautų kai kurių sunkių infekciškų ligų (malaria) pakėlimas daro jas mažiau jautriomis metalues'ui;

10) pagaliau, autorius kritikuoja kai kurių mokslininkų aiškinimą, kad reti kai kurių tautų metalues'o susirgimai pareina nuo odos prakaitavimo ir saulės spindulių įtakos sąlygų.

Nė vienos iš aukščiau minėtų hipotezių Wilmanns nelaiko ganėtinai pamatuota ir, kritikuodamas kiekvieną jų atskirai, stato prieš jas faktų eilę. Taip, prieš alkoholio vartojimo teoriją jis nurodo į tą fakta, kad Abisinijoje beveik kiekvienas žmo-

gus alkoholikas. Prieš rasinį imunitetą nurodo į faktus, įrodančius metalues'o išsiplėtimo galimumus necivilizuotuose rasėse tam tikromis sąlygomis.

Prieš hipotezes apie dvasios susijaudinimus kaipo metalues'o išsiplėtimo padėjėjus — nurodoma į tą faktą, kad progresiškojo paralyžiaus susirgimai nuo karo nėra padidėję. Mattauschek'o ir Pilcz'o teoriją Wilmanns laiko nesuderinama su tų faktų daugybe, kur žmonės, po susirgimo maliarija ir grįžtamąja šiltine užsikrėtę lues'u, visgi susirgdavo metalues'u. Tokiu pat būdu ir prieš visas kitas teorijas autorius paduoda visą eilę rimtų kritiškų bruožų.

Savo pozityvioje dalyj Wilmanns nurodo į energingą antiluetišką gydymą kaip į esmingiausį metalues'o išsiplėtimo faktorių; sulig statistika (Eulenburg'o, Dinkler'io Schuster'io, Pette), inkubacinis tabes'o ir progresiškojo paralyžiaus išsivystymo perijodas tiesiai proporcingas tai energijai, su kuria buvo daromas antiluetinis gydymas.

Taip, sulig Schuster'iu, visai negydytiems ligoniams tabes išsivysto, vidutiniškai imant, per 13, 4 metų, perėjusiems 1 kursą gydymosi — per 11, 6 metų, gydžiusiesiems 2 kursu — per 9, 1 metų, perėjusiems 3 kursus gydymosi — per 7, 9 metus.

Sykiu su Finger'iu Wilmanns tvirtina, kad dabartiniu laiku lues visai yra netekęs savo savybių civilizuotuose kraštuose, — čia jis visai yra nustojęs buvęs odos liga, kuria jis yra buvęs prieš 100 metų. Atbulai, necivilizuotuose kraštuose jo eiga pasižymi sunkia kaulų bei odos lues'o forma, be to, juo užsikrėsti ypatingai pavojinga europiečiui. Wilmanns sykiu su Scheube čia leidžia sau manyti, kad lues'u susirgimo sunkumas ir forma pareina nuo užsikrėtimo židinio.

Daugelis autorių nurodo į tai, kad daug sergančiųjų lues'u, užsikrėtusių toje pat vietoje, žuvo nuo tabes'o ar progresiškojo paralyžiaus. Sitoj kryptyj itin svarbūs šiais laikais tiekiamieji Moerchen'o daviniai: penki karininkai, visi užsikrėtę nuo tos pat moteriškės, žuvo nuo tabes'o arba paralyžiaus; 10 jaunų vienos įgulos karininkų, infeciruotų vienos prostitutės — visi žuvo nuo progresiškojo paralyžiaus. Šitie daviniai ir pastūmėjo prie teorijos, kurią gina Wilmanns — apie lues'ą à vivus nerveux, apie neurotropišką lues'ą.

Tezės, prie kurių Wilmanns savo darbo išvadose prieina, bus šitokios:

1. Tuose kraštuose, kur sifilis buvo beveik negydomas, ir kuriuose beveik $^3/_4$ gyventojų juo serga, vyrauja sunkios kaulų bei odos lues'o formos, tuo metu kai susirgimai metalues'u labai reti.

2. Civilizuotuose kraštuose sifilis, kur jis gydomas su didesniu atsidėjimu, pakeitė savo būdą. Šitas pakitimas ne pri-

puolamas; bet jis pareina nuo biologiškų erzintojo pakitimų, pasidariusių nuo gydymo.

3. Nuo praėjusio šimtmečio pradžios, sykiu su antisifiliško gydymo išsiplėtimu, susirgimai metalues'u žymiai padidėjo. Prieš apsireiškiant tabes'ui ir paralyžiui sergama neturtingu simptomais sifiliu. Retai pasitaiko aiškūs odos bei gleivinių susirgimo, o taip pat ir tetrinių simptomų reiškiniai sergant metalues'u.

4. Metalues'as, ne kaip kad kaulų ir odos sifilis, nepasiduoda gydymui antiluetiškais būdais. Jo gydymo pasekmės abejotinos arba visai nežymios, atbulai, dar rodosi, kad energingas gyvsidabriu ir salvarsanu gydymas trumpina inkubacinį metalues'o perijodą.

5. Užsikrėtę infekcijomis, kurios paskui duoda metalues'ą, turi tendencijos ir toliau plėsti metaluetiškas formas. Šitas faktas remia nuomonę, kad yra neurotropinė spirocheta.

6. Ten, kur Vakarų Europos civilizaciją priima kitos tautos, metalues'o atsitikimai dažnėja; jis iš karto plečiasi dideliuose miestuose ir aukštesnio luomo žmonių tarpe. Šito reiškinio priežastis gali būti tik ta, kad neurotropinė spirocheta užnešama ten kosmopolitiškos prostitucijos keliu.

Nežiūrint į tą, kad Wilmanns draug su kitais žymiais šių laikų psichiatrais ir neuropotologais, kaip Nonne, Kraepelin, Bumke, ir yra karštas išdėstytos hipotezės šalininkas, tačiau jis griežtai atmeta mintį atsisakyti nuo dabartinių antiluetiškos terapijos metodžių. Atbulai, jis mano, kad toks griežtas atsisakymas nuo antiluetiško gydymo žymiai išplėstų sifilį apskritai ir šiuo atveju sunkias odos ir kaulų sifilio formas, tuo metu kai taikant antiluetišką gydymą, ateityj galima laukti dar gilesnių spirochetos prigimties biologiškų perturbacijų, kurios gali duoti lengvesnių lues'o formų. *Dr. V. Lazersonas.*

15. *Al. Domaszewicz* (Lvove). — **„Sztuczna odma czaszkowa, jako środek leczniczy w nagminnem zapaleniu opon mózgowych (meningitis cerebrospinalis epidemica).“** (Dirbtinis kiaušo pripūtimas — smegenų plėvės uždegimo (meningitis cerebrospinalis epidemica) gydomoji priemonė). („Polska gazeta lekarska“, 1925, Nr. 23).

Nors epideminis meningitas kartais praeina ir negydomas, tačiau esama labai sunkių atsitikimų, kada ištisas vaistų arsenalas (serumas nugaros smegenų kanalan, venon, tynės, prakaitavimai, urotropinas, galiausiai, collargol'is arba trypaflavin'as) nepajėgia ligos įveikti.

Siūlomieji chirurgiški žygiai (vortinklinės suaugimų išardymas, uždarų pūlinių drenavimas, serumo pylimas į smegenų kameras po trepanacijos, arba vaikams per maumonėlį) neturi gerų sėkmių, nes patologiški pakitimai sunku lokalizuoti, ir dažnai nualintieji ligoniai blogai šitas priemones pakelia.

Kiek tiksliau leisti serumas į cysterna cerebromedullaris vad.

subokcipitalinės punkcijos būdu, nes šituo keliu, esant sveikai komunikacijai, serumas galėtų patekti į visas kameras. Vienok ir šitas būdas nėra dar tikras, nes geriau pasislėpę įdegimo židiniai ir jo ne visada pasiekiami.

Daug nauja medicinai yra patiekę vadinamieji kiaušo pūtimai. Bingel'io ir kitų autorių tyrimais įrodyta, kad dirbtinis kiaušo pripūtimas turi tiek diagnoz škos, tiek labai svarbios terapiškos reikšmės. Oras, pripūstas liumbalinės ar subokcipitalinės punkcijos pagelba, patenka į visus smegenų skystimo kanalus bei rezervuarus, juos, ištaisydamas, panaujindamas skystimo (taip pat vaistų) apytaką ir tuo būdu atgaivindamas centrinę sistemą. W. Tyczka, tyrinėjęs limfinių plyšių struktūrą ir pripučiamo į juos oro veikimą, labai nuosekliai pavadino dirbtinį kiaušo pripūtimą smegenų masažu ir labai vykusiu terapijos agentu. K. Orzechowski's pirmasis Lenkijoj pamėgino šitą metodę sunkiam meningitui, kurs tvėręs jau $^1/_2$ metų, ir greitai ligonį išgydęs. Jisai vadina pripūtimą „geriausia metode, nebojančia suaugimų lokalizacijos, paprastai gerai ligonių pakeliama".

Patsai autorius turėjo 5 sunkaus meningito atsitikimus, nepasiduodavusius jokiai terapijai. Neatsižvelgdamas į labai blogą ligonių stovį, jisai ėmė vartoti, jau kaipo ultimum refugium, kiaušo pripūtimą, tęsdamas ir kitą terapiją. Stebėtinai greitai visi ligoniai pagijo. Autorius leisdavo 40—60 ccm. oro subokcipitaline punkcija ir išleisdavęs 20—50 ccm. smegenų skystimo; pakakdavę vieno pripūtimo, kad ligonis imtų taisytis.

Nors pūtimo technikos autorius, deja, neaprašo, tačiau, minėdamas Bingel'į, matyti, vartodavo jo kiek modifikuotą (subokcipitališką) būdą.

Trumpai aprašysime originališką Bingel'io metodę, kurią dabar visaip modifikuoja, sekdami Dr. Neuberger'io straipsnį („Vračebn. Obozrenije" 1925 m., Nr. 8 — „Vadinamos pneumocefalografijos klausymu").

Bingel'io aparatą sudaro du įtaisu. Pirmasai įtaisas: liquor'ui leisti punkcinė adata su čiauptuvu, gumos žarnelė su išlenktu stiklo vamzdžiu ir keli lieknuoti po 10 ccm. talpumo mėgintuvai. Antrasai įtaisas: punkcinė adata, steriliškų dujų pripildytas indas (lieknuotas) su gumos kamsčiu, pro kurį eina du vamzdžiu, vienas iki dugno, sujungtas gumos žarnele su pilykla (vandeniui pilti), kitas trumputis, gumos žarnele sujungtas su minėta antrąja punkcine adata. Pilykla ir tam tikras būgnas su minėtais mėgintuvais pritaisyti prie stovo (štatyvo), iš jų žemyn kybo nurodytos guminės žarnelės. Abi adati smeigiamos į du gretimu stuburo slankstelių tarpu (intraliumbališkai). Pirmuoju įtaisu išeina smegenų skystimas; išmatavę slėgimą išlenktojo stiklinio vamzdžio pagelba, pilame lumb. skystimą vienan, antran, trečian ir t. t. mėgintuvan. Po kiekvienų 10 ccm. lumb. skystimo įleidžiame dujas smegenų kanalan antrojo įtaiso pagelba, šitaip darydami: pilame pilyklon

vandenio po 10 ccm., o pastarasai išspaus dujas iš dujų indo per adatą smegenų kanalan.

Patariamas pūtimas daryti ligoniui nieko nevalgius, kad nevemtų, ir $^1/_2$—1 val. anksčiau (prieš pučiant) įšvirkšti 0,01—0,02 morfijaus ar duoti kito narkotiko. *Dr. A. Matulevičius.*

X. Akių ligos.

10 Б. М. Малкин (Саратов). „К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ДАКРИОЦИСТИТОВ ЗОНДИРОВАНИЕМ" („Русск. Офт. журн." 1925, Nr. 4).

Ašarų takų gydymo klausymas — lig šiol silpna oftalmologijos vieta. Ašarų maišelio ekstirpacija, turėdama neigiamų pusių, yra tuo tarpu dominuojanti metodė, kaipo paprastas, nereikalaująs ypatingos specializacijos būdas. Prieš 20 metų rinologai, matydami oftalmologų ašarų takų susirgimų gydymo silpnas puses, įsidrąsino arčiau prieiti prie akių - ašarų maišelio, lyg norėdami paveržti šitą sritį iš okulistų. Ypačiai yra pagarsėjusi žinoma Toti ir West'o dacryocystorhinostomijos operacija ir daugybė josios modifikacijų, entuziazmiškai sutikta net kai kurių oftalmologų. Okulistai Sattler'is, Cords, Ohm'as tvirtino, kad tuo būdu gaudavę 97% visiško pagijimo. Tačiau veikiai įsikarščiavimas tomis operacijomis atslūgo. Tam padėjo žymios nepasisekimo skaitlinės, ką yra konstatavusi visa autorių eilė, kaip Davies, Frieberg'as (labai karštas West'o pasekėjas), Kraupa ir kt., turėję daug recidivų, padarytų takų užakimo ir t. t. Anot Maucione, dauguma francūzų bei italų oftalmologų išsireiškia prieš šoninio sujungimo operaciją, atiduodami pirmenybę zondavimui. Gi Golovin'as, Zieglier'is ir kt. šoninio sujungimo sudaryme randa prieštaravimą fiziologijos dėsniams: susitrumpina kelias, gamtos sutvertas tarp akies ir nosies; rezekcija sienelės tarp maišelio ir nosies, rezekcija kiaukutų (konchų) ir kitų kaulo dalių nusideda konservatingumo taisyklėms.

Saratovo universiteto akių klinika rado daugiausia priimtiną metodę — kaulų ašarų nosies kanalo išplėtimą zondais. Golovin'as siūlo tam tikslui forsuotą bukų kanalo išplėtimą Hegar'o plėstuvais iki 9 m. m. storio. Gaunama plati kanalizacija — „cloaca maxima". Tačiau po tokios operacijos, kaip autoriui teko stebėti anatominiuose preparatuose, įvyksta didelių minkštųjų ašarų takų dalių ir kaulo kanalo sienelių sužalojimų; maišelis praranda elastingumo, nustoja aktyvios rolės ašarų nutekėjimo procese. Savo bandymų pagrindan autorius paėmė Ziegler'io zondavimo būdą, savaip jį modifikavęs. Turima 16 zondų rinkinys nuo 0,77 iki 4,36 mm. diametro. Zondai statomi vienu tarpu paeiliui, pradedant nuo plonesnio, 5—6 num., ir baigiant storiausiu. Smulkiai aprašęs zondavimo techniką, autorius nurodo, kad patenkinamą operacijos veikimą esą galima matyti jau ant rytojaus. Jei pūlių atsiranda iš naujo, po

4—5 dienų zondavimas pakartojamas. Vėliau seka ašarų takų plovimai su adstringentia ir antiseptica, iš kurių autoriui labiausiai patinka kalium hyperm., hydrog. hyperox. ir protargolas.

Pirmenybę tokio metodiško zondavimo su plovimais autorius mato šiame:

1. Šitas būdas yra paprastas ir lengvas, prieinamas kiekvienam okulistui, net gi paprastam gydytojui praktikui.
2. Jojo konservatingumas.
3. Ašarų takų traumatizacija nedidelė, o aplinkinės dalys veik visai nepaliečiamos.
4. Padarytasis į nosį takas nedirbtinis, nesutrumpintas, duodąs mažiau baimės patekti infekcijai iš nosies į konjunktivos maišelį.
5. Operacija patogi kosmetikos atžvilgiu.
6. Ypatingų kontraindikacijų nėra.
7. Nepasisekus šituo būdu, visuomet yra galima pritaikinti kuri nors iš radikalių operacijų.

Savo patyrimus autorius stebėjo 30 ligonių su dakriocistitu. 20 ($^2/_3$) atvejų gautas geras rezultatas. Gi iš 23 atvejų su ašarų - nosies kanalo stenoze po zondavimo 10 nustojo ašaravę, kiti mažai arba visai nepasitaisė.

Autorius prieina sekamas svarbesnias išvadas:

1. Zondas negalima pašalinti iš okulistinės praktikos.
2. Rinologiška pagelba, kaipo ankstybesnis gydymas, visuomet reikalinga pavartoti.
3. Išplėtimas ašarų - nosies kanalo Ziegler'io zondais verta vartoti dakriocistituose ir kt. *Dr. J. Prialgauskas.*

XI. Rentgenologija.

15. *W. Teschendorf* (Erlangen).—**„Zur Differentialdiagnose einiger normaler u. krankhafter Vorgänge am Duodenum im Röntgenbild“**. (Kai kurių matomų rentgenogramose normalių ir patologiškų įvykių duodenume diferencinės diagnozės klausymu) („Dt. Med. Woch“. 1925, Nr. 5).

Ligoniams su pylorospazme arba su pylorus'o niveau duodenum prisipildo kontrastpreparatu paprastai tik tada, kada ligonį paguldai bent 10 min. ant deš. šono, ir tai tokiu dar atveju, kada nesti sunkios pylorus'o stenozės. Po to greit padarytos R-no nuotraukos stovinčiam arba pusiau ant šono gulinčiam ligoniui parodo gerai pripildytą duodenumą.

Toliau autorius pažymi 2 svarbiausias bulbus duodeni formas, laikomas normaliomis: 1) aštrios viršūnės arba vyskupo kepurės forma (Zipfel-oder Bischofmützenform), dažniausiai surišta su meškerės kabės tipo skrandžiu; 2) puskamuolio forma, ji pasitaiko dažniau esant jaučio rago tipo skrandžiui.

Šita forma lengvai galima pažinti tokiais atsitikimais, kur pylorus'o plišys matomas iš dešinės nuo bulbus duodeni, nes

esant meškerės kabės tipo skrandžiui pylorinis plišys matosi žemiau bulbus.

Kalbėdamas apie pylorus'o tonusą, autorius pažymi, kad pylorus'o atonija kartais sunkiai atskiriama nuo duodeno dilatacijos. Gali būti astatiška stenozė, kuri nesurišta su transporto kliūtimis ir skiriasi nuo tikrosios stenozės stoka valgio susitvenkimo. Valgis gali susilaikyti dėliai raumenų atonijos, o taip pat ir del stenozės. *Dr. Kerpauskaitė.*

16. *F. Pordes* (Wien).—„**Ueber die Sichtbarkeit der Leber, Gallen und Harnblase im gewöhnlichen Röntgenbild**". (Apie kepenų, tulžies ir šlapimo pūslės matymą paprastose rentgenogramose) („Fortschr. B." XXXIII, Heft 5).

Šviesdami pilvo sritį be kontrastpreparatų, mes matome kaulų šešėlius, toliau žarnų oro prąšviesėjimą ir kartais inkstų konturus, panašiai kaip psoas kraštus. Rentgenogramų detalės, išskyrus kalkes, metalą ir kontrastpreparatus, galima paskirstyti į 3 laipsnius: 1) oro prašviesėjimai, 2) riebalų šešėliai ir 3) kitų minkštųjų kūnų dalių šešėliai.

Naujojoj literatūroj George ir Leonard'as rašo, kad tulžies pūslė yra matoma rentgenogramose tik tokiais atvejais, kada ji arba jos turinys yra patologiškai pasikeitęs, būtent, arba pūslės sienos sustorėjusios arba pūslėj labai daug tulžies.

Autorius gi pastebi, kad tik daug kalkių turintieji tulžies konkrementai gali būti matomi rentgenogramose.

Haenisch'as mano, kad net normali tulžies pūslė turėtų būti matoma rentgenogramose.

Jei taip būtų, rašo toliau autorius, mes turėtume, be aukščiau minėtųjų 3 šešėlių laipsnių, dar 4-tąjį, t. y. galėtume diferencijuoti minkštąsias kūno dalis.

Baigdamas autorius duoda trumpą santrauką, kad kepenos su tulžies pūsle, blužnis, šlapimo pūslė ir kiti organai yra paprastai matomi rentgenogramose tik tada, kada aplinkiniai organai, būtent riebalai, žarnų oras, duoda silpnesnius šešėlius.

Dr. Kerpauskaitė.

XII. Bakteriologija.

13. *Y. Kermorgant.* — „**Contribution a l'etude de l'etiologie des oreillons**". (Kiaulikes etiologijos tyrimo klausimu) („Annales de l'Institut Pasteur." 1925, T. 39, Nr. 27).

Bakteriškai tiriant burnos vidaus florą žmonėms, sergantiems kiaulike (parotitis), autoriui pasisekė išskirti anaerobinėse sąlygose spirochetą, kurią jis laiko šitos ligos priežastimi. Maitinamoji medžiaga, su kuria jam pavyko išskirti šitas mikroorganizmas, susideda iš: kraliko serumo 200,0, fiziologinio valgomosios druskos tirpinio 750,0, eritrocitų išspaudų. Jis ėmė sėjimui gleivinių dalių iš burnos vidaus, gaunamų plaunant burną fiziologiniu val-

gomosios druskos tirpiniu, paskui centrifugavo ir gautas nuosėdas sėjo į aukščiau nurodytą medžiagą. Išskirtoji spirocheta turi taisyklingus užraitus ir dažniausiai turi vieną plaukelį ir tik kai kada esti po vieną plaukelį abiejuose galuose. Spirochetos dydis siekia 10—16 mikr., plotis — 0,3 mikr. Dauginasi skersinio skaidymosi būdu. Optimum augimo 29°. Šildymas ligi 56° užmuša spirochetą. Charakteringa šito parazito biologiška ypatybė yra ta, kad jis nebijo muilo tirpinio įtakos arba veikimo.

Toliau autorius stengėsi eksperimentiškai sukelti susirgimą kiaulike gyvuliams. Šitam reikalui jis ėmė nuosėdų, gautų centrifugavus 50 ccm. fiziologinio valgomosios druskos tirpinio, kuriuo plaudavo ligonių burnos vidų, ir įleido gyvuliams į dešiniąją pusę paliai Stenon'o kanalo skylę arba į vidurinę dalį parotis. Bandymui buvo imamos bezdžionės Macacus sinicus. Skiepams buvo imta medžiaga iš trijų vaikų, sergančių ausies liaukų (parotis) uždegimu, ir paskui buvo įskiepytos tos 3 bezdžionės. Visoms bezdžionėms atsirado ausies liaukų uždegimas. Toliau, autorius paėmė iš vienos tų bezdžionių dalį tų nesveikų liaukų, ištrynė fiziologiniame valgomosios druskos tirpiny ir gautą emulsiją įšvirkštė beždžionei, kralikui ir jūros kiaulaitei. Susirgo tik bezdžionė ir tik silpnai pasireiškusia forma. Paskui autorius darė bandymus, norėdamas užkrėsti bezdžiones (macacus sinicus ir cynomolgus) gautomis kultūromis; tuo būdu vienai bezdžionei kultūra buvo įleista į ausų liaukas, o dviem bezdžionėm — į kiaušinėlius. Visiems gyvuliams buvo aiškiai pasireiškęs vietinis procesas. Bandymai užkrėsti kultūromis laboratorinius gyvulius, būtent, kralikus, kiaulaites ir peles, parodė, kad kiaulaitės ir pelės visiškai neprisiima, o kralikai prisiima tiktai ligi tam tikro laipsnio; 50% visų atsitikimų pas juos pastebimi vietiniai procesai.

Toliau buvo bandomas biologiškomis reakcijomis spirochetų specifiškumas. Pasirodė, kad sergančių kiaulike kraujo serumas tam tikro praskiedimo agliutinuoja spirochetas ir, be to, jis turi specifiškų lizinų prieš šituos parazitus.

Tiriant patologiškai bei anatomiškai užkrėstų gyvulių ausų, žiaunų liaukas, kiaušinėlius ir pancreas, buvo surasta uždegimo reiškinių didesnio ar mažesnio laipsnio; didžiausių pakitimų buvo pastebėta kiaušinėliuose.

Kai del šito susirgimo specifiškos terapijos, būtent seroterapijos, vakcinoterapijos ir chemioterapijos, tai autoriaus tyrimai šituo atžvilgiu tiktai dar pradėti ir kol kas nėra pasiekta kokių nors rezultatų. *Prof. Jurgeliūnas.*

XIII. Patologija.

15. *Nakata T.* — **„Das Verhalten der Nebenniere und Milz bei Verbrennung“.** (Antinkstinės liaukos ir blužnies pakitimai nusiplikinus) („Beitr. z. allg. Path. u. pathol. Anat.“ Bd. 73, H. 3.).

Autorius eksperimentavo su jūrų kiaulaitėmis ir triušiais. Žuvus gyvuliui per pirmąsias 24 val. po nuplikinimo (rsp. prideginimo rūkštimis ar šarmais), antinkstinėj liaukoj matyti—hiperemija, hemoragija, nekrozė ir lipoidų sumažėjimas; blužnyje—smarki pulpos hiperemija, ypačiai aplink folikulus; blužnies venose ir kapiliaruose—daug erirtocitų likučių. Žuvusiems po 24 val. prisideda antinkstinės liaukos padidėjimas. Hiperemija ir hemoragija, autoriaus nuomone, pareina nuo toksinų; narvelių alteracija (nekrozė)—nuo cheminių substancijų veikimo; lipoidų sumažėjimas—nuo antinkstinės liaukos insuficiencijos; antinkstinės liaukos padidėjimas—nuo žievinio sluoksnio narvelų hipertrofijos. Blužnies pakitimai po kauterizacijos nemažai pareina nuo chemikalijų (caustica) veikimo kraujui. Kalbamieji pakitimai smarkiausiai esti išreikšti 3—10 dien. po nuplikinimo (rsp. prideginimo rūkštimis ar šarmais). Vėliau šitie pakitimai išnyksta, nors žaizda dar ir nėra užgijusi.

Autoriui atrodo galimu, kad tuoj po nuplikinimo (rsp. prideginimo) odoj atsiranda tam tikra cheminė substancija, kuri veikia antinkstinę liauką, nes palikęs sveikas odos paviršius nepajėgia šitą „nuodą“ fiksuoti. Antinkstinėse liaukose gyvulių, žuvusių dėliai odos ekstirpacijos, be lipoidų sumažėjimo, jokių pakitimų nerasta. Tatai rodo, kad tipinga antinkstinės liaukos reakcija į termiškus ir chemiškus odos pakenkimus pareina nuo tam tikro chemiško veikimo. Žuvusių nuo nusiplikinimo žmonių lavonuose rasta panašių pakitimų. Kai del mirties priežasties, tai, daugelio autorių nuomone, ankstyva mirtis pareina nuo šoko, vėlyva — nuo antinkstinės liaukos insuficiencijos.

Dr. Mackevičaitė Lašienė.

15. *Domagk.*—**„Pathologisch-anatomische Veränderungen bei der Anaphylaxie“.** (Patologoanatomiški pakitimai esant anafilaksijai) (Verhandlungen d. Deutsch. Path. Ges. XX-ste Tagung).

Turėdamas galvoj savo ankstybesnius patyrimus, kad, įtrėškus pelei į veną stafilokokų, pelė žūna su šoko reiškiniais, ir tada jos blužnyje, kepenyse ir plaučiuose galima matyti smarkių endotelio pakitimų,—autorius ištyrė anafilaksiškus pakitimus jūros kiaulaitėms ir triušiams, įtrėkšdamas jiems įvairių antigenų, kaip antai: svetimų eritrocitų, serumo ir kokų. Pasirodė, kad plaučių kapiliarų pakitimai turi esminės reikšmės šokui pasidaryti. Alveolinės pertvaros esti sustorėjusios ir siaurina alveolų spindžius. Sustorėjimas pareina nuo endotelio pabrinkimo ir endotelinių narvelių proliferacijos. Per daugelį kapiliarų kraujas visai nebegali pereiti. Dėliai to sunkėja alsavimas (dyspnoe) ir sutrinka dujų apykaita bei rūkščių bazių pusiausvira. Plaučių kapiliarų pakitimais galima išaiškinti ir daugelis kitų anafilaksijos simptomų, pav. oksidacijos procesų sulėtėjimas, temperatūros kritimas, kraujo spaudimo sumažėjimas ir t.t. Įtrėškus korpuskuliarinių

elementų, kaip antai raudonųjų kraujo kūnelių, bakterijų, galima matyti, kad juos suima endoteliniai organizmo elementai.

Dr. Mackevičaitė-Lašienė.

17. *Stephan R.*—„**Ueber die Pathogenese der perniziösen Anaemie**". (Apie perniciozinės anemijos patogenezę) („Münch. med. Wo". 1925, Nr. 16).

Savo simptomais anaemia perniciosa yra artima Addisono ligai. Perniciozinės anemijos priežastim yra žievinio antinkstinės liaukos sluoksnio hipofunkcija. Antinkstinės liaukos hormonų nedateklius leidžia pakilti retikuloendotelinio aparato funkcijai: kraujo elementai ima smarkiai griūti. Anemija yra tiktai vyraująs kliniškas žievinio antinkstinės liaukos sluoksnio insuficiencijos simptomas, bet ne savaranki liga. Juo didesnė šita insuficiencija, juo žymesnė yra ir anemija. Charakteringas morfologinis anemijos pažymys yra čiulpų pakitėjimas: jos prisiartina prie embrioninio tipo. Žievinio antinkstinės liaukos sluoksnio insuficiencija gali pareiti nuo įvairios rūšies toksinų. Atrodo, kad ir esant anemijai nuo botriocefalo, ji eina aplinkiniu keliu, būtent, veikiant toksinams žievinį antinkstinės liaukos sluoksnį. Šituo atveju vaidina vaidmenį ir konstituciniai komponentai. Perniciozinė anemija reikia priskirti prie endokrininės sistemos susirgimų.

Dr. Mackevičaitė-Lašienė.

XIV. Odontologija.

12. *Dr. O. Hofer.* — „**Zur Operationstechnik grosser Zahnzysten des Oberkiefers**" (Didelių viršutinio žandikaulio dantų cistų operacinės technikos klausymu) („Zeitschrift f. Stomatologie" 1924, H. 12).

Iš pradžių autoriaus paliesta bendrai burnos srities cistų klasifikacija ir dantų cistų atskirai; pastarųjų santykis su antrum Hygmori, nosies ir burnos ruimais. Didelių dantinių cistų operacinės technikos atžvilgiu pasireiškusios dvi tendencijos. Iš vienos pusės, operuojama Partsch'o principu, plačiai sujungiant cistos ruimą su burnos ruimu, be ekskochleacijos epitelinio cistos iškloto (Zystenbalg), sudarant tuo būdu šaliminį burnai ruimą, kuris, atpuolus vidujiniam cistos skystimo spaudimui, pamažu eina menkyn ir, trumpesniam ar ilgesniam laikui praėjus, visai sumažėja ir išnyksta. Iš kitos pusės, operuojama Luc-Caldwell'io principu, kai cista sujungiama su nosies ruimu, analogiškai pūlingojo haimorito operaciškam gydymui; cista atidaroma iš burnos pusės, epitelinis cistos išklotas pašalinamas ir drenuojama į nosies ruimą, o iš burnos pusės užsiuvama. Autorius laiko Partsch'o metodę labiau taikintina, kadangi tuo būdu, iš vienos pusės, pasiekiama visiška anatominė rekonstrukcija, iš kitos pusės, išvengiama negeistinų ekskochleacijos pasekmių, kaip antai: sveikų dantų nervų ir indų pakenkimo ir plataus atidarymo suplonėjusio kaulo, kas kartais sukelia jo sekvestravimą.

Dr. P. Stančius.

13. *Dr. G. Muralt.* — **„Ueber die Atspirationsgefahr von Lähnen und Wurzeln“.** (Dantų ir šaknų aspiracijos pavojus) („Schweiz. Monatschr. f. Zahnheilkunde“, 1925, Nr. 5).

Dirbtinės protezės, būdamos aspiruotos, gali patekti vien virškinimo traktan (mat, jos gana didelės), tačiau būdamos aštriais kraštais, gali čia daug pakenkti. Dažniausiai tenka jos operacijos pagelba išiminėti iš skrandžio. Užtat dantys ir jų šaknys, patekusios skrandin per stemplę, dažnai laisvai ir net nejučiomis pereina visą virškinamąjį traktą, nieko bloga nepadarydamos.

Nors protezės į kvėpavimo takus negali patekti, bet dantys ir šaknys lengvai patenka į larynx bei į bronchus ir sukelia pavojų gyvybei ar tiesiog mirtį. Dantys bei jų šaknys patenka į larynx ir bronchus dažniausiai jų ekstrakcijos metu, ypač moliarų srityje, kai tatai daroma gilioje narkozėje ir traukiama daug dantų iš karto, besinaudojant svirties jėgomis.

Patekus kūnui į larynx, ligonis ima trokšti, labai stipriai kosėti ir kriokti. Gydyti, tariant, apsaugoti nuo užtroškimo vartojama tracheotomia inferior. Kartais mėginama, jei tatai būtų pasiekiama, išimti įstrigęs kūnas tam tikromis žnyplėmis (Kehlkopfzange).

Dantis, patekdamas giliau — į bronchus, dažniausiai sukelia plaučių uždegimą arba mirtingą plaučių gangreną. Del tam tikros bronchų padėties bei struktūros dažniausiai dantis patenka dešinėn pusėn. Diagnozė yra gan sunki ir nustatoma paprastai iš anamnezės, nes sunku yra numatyti, kad randamas plaučių uždegimas pareitų nuo aspiruoto danties. Vienintėlis gydymas — aspiruoto danties ir šaknies ekstrakcija geniališkai Dr. Killians'o išrašt u prietaisu — bronchoskopu. Šitą prietaisą žymiai patobulino Dr. Brüning'as, ir bronchoskopas vartojamas apatinei ir viršutinei bronchoskopijai.

Nemaloniai dantų bei šaknų aspiracijai išvengti, Dr. Muralt'as siūlo kiekvieną kartą, prieš traukiant dantis, smulkiai apžiūrinėti burnos vidų ir suskaityti šaknis prieš ir po operacijos, rakto pagalba tik išjudinti traukiamą šaknį arba dantį, o išimti iš daubos geriau žnyplėmis. Aplamai Dr. Muralt'as pataria vengti gilios narkozės dantų ekstrakcijoje ir visada bendroje narkozėje vartoti, kiek galint, žnyples, bet ne raktą.

Dantų gyd. S. Griliches.

14. *Dr. Morgen* (Wiesbaden). — **„Tod nach Aspiration eines Molares“.** (Mirtis, aspiravus krūminį dantį) („Zahnärztl. Rundschau“, 1925, Nr. 30).

1924 m. X. 2 d. Diuseldorfo vaikų klinikon buvo atgabentas $5^1/_2$ metų vaikas. Naminis ir ligonių kasos gydytojas abu pasiuntė vaiką ligoninėn su kairiojo plaučio uždegimo diagnoze. Iš burnos vaikui biauriai dvokė puvesiais. Motina paaiškino, kad prieš 8 savaites vaikui labai skaudėję dantį. Tėvas, ieškodamas pigaus gydymo, kreipęsis į dantų techniką, prašydamas vaikui pagelbėt (iš kultūringų kraštų vien tik Vokietijoj dantų technikams leista,

deja, verstis pacijentų gydymu. *S. G.*). Technikas ištraukęs dantį, o vaikas dar jo bute stipriai užsikosėjęs, pamėlynavęs ir vos neužtroškęs. Po kelių minučių visa perėjo, ir vaikas jautėsi gerai iki prieš 6 savaites atsirado temperatūra ir ligonis ėmė vis tolyn didyn silpnėti.

Padarius keletą punkcijų ir nieko negavus, padaryta 3 rentgeno nuotraukos (iš užpakalio, pryšakio ir šono); jos aiškiai parodė kairiajame plautyje svetimą kūną esant. Gerai plokštelę apžiūrėjus, pasirodė kūnas esąs krūminis dantis, kuriame pavyko net pažinti kairioziška vieta. Taigi diagnozuota plaučių gangrena su pleuros empyema. Ištraukti dantį bronchoskopijos pagelba laringologas atsisakė, nes dantis buvo įstrigęs giliai audiniuose, kurie jau virto ištisu pūliniu. Tada griebtasi operacijos, bet išimti dantis iš trapaus, krauju paplūdusio, plaučio nepavyko, ir ligonis mirė, praėjus 2 dienom po operacijos, nustojus širdžiai veikti. Sekcija šitą spėjimą patvirtino. Aspiruotas dantis rastas didžiame kairiojo broncho išsišakojime, kairiajame plautyje būta susipūliavimų, o plaučio gleivinė rasta su opomis. Bendra dalyvavusių byloje gydytojų nuomonė buvo ta, kad vaikas butų buvęs lengvai ligos pradžioje išgelbėtas, jei įvykis nebūtų tiek užsitęsęs. Kaltas buvo dantų technikas, tik ne už danties iškritimą gerklėn (tatai galėtų ištikti ir diplomuotam dantų gydytojui), bet už paslėpimą šito fakto prieš jauno pacijento tėvus. Mirusio vaiko tėvas čia pat po ekstrakcijos paklausęs techniką, ar jisai dantį ištraukęs, ir gavęs teigiamą atsakymą, nes „operatorius“ išsigandęs. Gal technikas ir nežinojo, kad aspiruotas dantis yra tiek pavojingas, o gal jis nė nemanė, kad vaikas dantį būtų galėjęs aspiruoti; gal jis manė, kad dantis ant grindų buvo iškritęs? Visa tai duoda progos Dr. M o r g e n'ui patiekti eilę išvadų ir reikalauti drausti dantų technikams priiminėti gydymui pacijentus.

Dantų gyd. S. Griliches.

15. *Dr. E. Wannenmacher* (Tübingen). — **„Der Gips als Abdruckmaterial mit besonderer Berücksichtigung seiner Expansion“**. (Gipsas, kaipo medžiaga ataspaudoms gaminti, ypač atsižvelgus į jo ekspansyvumą) („Deutsche Monatschr. f. Zahnheilkunde“, 1925, Nr. 10).

Tinkama ataspaudoms medžiaga privalo turėti kai kurių privalumų: ji turi būti plastiška, kad ne per daug suspaustų ir pakeistų minkštąsias dal s; turi būti patogi dėti jai burnon, greitai burnoj kietėti, mažai pakisti sukietėjus, ir neturi būti negardi, arba perdaug karšta; be to, turi būti lengvai nuimama nuo burnos vidaus dalių; be to, ją nuimant, neprivalo tiek sutrupėti ar sugesti, kad nepavyktų paskui tinkamai ataspauda sudėti. Medžiaga dar turi būti higieniška.

Tarpe visų ataspaudoms vartojamų medžiagų („Stent“, vaškas ir t. t.), gipsas daugiausia sutinka su minėtais reikalavimais. Jam priruošti nereikia nei ugnies nei karšto vandens. Jo kietėjimas vyksta greitai, o sukietėjęs gipsas jau nemaino formos.

21607

CENTRALINĖ VALSTYBINĖ biblioteka

Deja, gipsas, kietėdamas, pakeičia savo volumen. Tam išvengti ėmė grynan gipsan dėti įvairių medžiagų ir sukūrė įvairių „kompozicijų“. Dr. Wannenmacher'is ištyrė visą eilę tokių parduodamų kompozicijų Jisai išskyrė iš jų trejeta: 1) „gipsas atspaudoms“, gaminamas Freiburgo universiteto, 2) gipsas Dr. Kühn'o ir 3) Dr. Nielsen'o. Geriausiu Dr. Wannenmacher'is laiko Freiburgo universiteto gipsą. Pastarojo sudėtis šitokia: 100 dalių gipso, 20 dalių bolus'o, 20 dalių talko, 1—2 dali angliškų dažų. Šį gipsą tirpdo paprastame 6% druskos (NaCl) tirpinyje.

Dantų gyd. S. Griliches.

Klinikos ir praktikos patyrimai,

Ekonomingas ir tikslus vaikų gydymas nuo kirmėlių. I. Taenia 1. Extr. filicis mar. aether. recenter parati 3,0—5,0 + Pulp. Tamarindor. 25,0 (0,5 gr. filic. extr. vieneriems amžiaus metams).

2. Flor. Koso 3,0—5,0 + Electuar. e Senna 10,0. MDS.

3. Kamala 1,0—3,0 + Mel. depur. 10,0. MDS.

Vaistai duodami iš ryto, nieko nevalgius, dviem lygiais daviniais su $^1/_4$—$^1/_2$ val. protarpiais. Po 2 valandų duodamas laxans.

II. Apvalios kirmėlės (Ascaris). 1. Tabl. Santonini à 0,025 D. Nr. XII. S. 3 kart dienoje po 1 tabl.

2. Santonini 0,1—0,2 + Ol. ricini 30,0 MDS. 3 kart per dieną po 1 arb. šaukštelį.

3. Ol. Chenopodii anthelminthici kapsulėse vyresniems vaikams arba kartu su 2—5 gr. ol. olivarum mažesniems. Vaistai turi būti kiek galint šviežesni. Duoda vieną kartą iš ryto sulig lentele:

Vaikams nuo 4 metų . . .	3 lašus.	Vaikams nuo 12 metų . . .	10 lašų
„ „ 6 „ . . .	$4^1/_2$ „	„ „ 13—14 mt.	12 „
„ „ 8 „ . . .	6 „	„ „ 15—24 mt.	15—24 „
„ „ 10 „ . . .	9 „		

Laxans duodama iš vakaro, prieš imant vaistus ir po vaistų 2 val. praėjus.

III. Oxyuris. 1. Naphtalin. pur. 0,1—0,3 + Sacchari lact. 0,3 M.f.p. D.t.d. Nr. XII. S. 3 kart per dieną po miltelį.

2. Thymol 0,1—0,3 Sacchar. lact. 0,3 S. 3 kart per dieną po miltelį.

Be to, daromos klizmos: a) šalto vandens, b) $^1/_4$ litro vandens + 1 arb. šaukšt. alumin. acetici, c) $^1/_4$ litro vandens + 1—2 valg. šaukštai acto. Anus tepamas: a) unguent. hydrarg. praecip. alb. (5%) — 20,0; b) ungt. hydrarg. ciner. 20,0.

IV. Trichocaephalus dispar ir ankylostomum gydymas tas pat, kaip nuo askaridų ir oksiurų. Labai smarkiai veikia ir kiek pavojingas tetrachloro grynanglis (carbonei tetrachlorati 6,0 : 30,0 — suplakamoji mikstūra, vartojama arbat. šaukšteliais). Pastarąją dažnai vartoja Amerikoje, kad išvarius tvirtai prikibusias prie žarnų sienelių ankylostoma. Vaistai dažnai kenkia kepenoms, sukeldami jų aštrų uždegimą („Vračebnoje Obozrenije“ 1925, Nr. 6).

Svarbiausieji patarimai gydant varices venosi ir jų pasekmes. a) Nekomplikuotus varices gydo valgomosios druskos injekcijomis pagal Linser'į (15% tirpinio 5—10 ccm.). Gydymas ambulatoriškas, ligoninės nereikia. Spaudžiamasis tvarstis. Injekcijos daromos kas 8-tą dieną, kol venos patuštėja. Gydymas tinka lengvesniems atsitikimams; užsisenėjusiems nelabai tinka, nes mazgai gali trūkti dūrimo vietoj. — Šitiems atve-

jams vartojama klijų-cinko arba krakmolo tvarstis, guminė kojinė (ypač šlauniai); spaudžiamasis tvarstis iš trikotažo. Kas mėnuo patikrinti. Vidun: sol. kali jodati 8,0 : 200,0.

b) Mazgų sprogimas: jodoforminė marlė, kamuolys vatos ir spaudžiamasis tvarstis sprogimo vietoje; blauzdos kompresiškas aptvarstymas ir kojos iškėlimas gulint. Kasdien mainyti tvarstis iki pat jodoforminės marlės. Po 8 dienų ir ji nuimti, atsargiai atmirkinus hydrog. peroxyd. pagalba. Užgijus, dedamas tik kompresiškas tvarstis.

c) Ekzema: niežėjimą sumažina deguto pasta arba deguto suplakamoji mikstūra. Sausąsias ekzemas tepa skystu sieros tepalu, padengia marle ir užpudruoja. Žymius patinimus gydo spirito kompresais ir cinko-sieros pasta. Šlapiosios ekzemos geriausia gydyti cinko alyva arba sutepant 2% arg. nitr. tirpiniu ir užpudruojant.

d) Ulcera cruris. Reikia atminti sifilis ir tirti kraujas. Teigiamais tyrimo atvejais — jodoformo tvarstis, kalium jodatum vidun. Tikrais ulceris cruris varicosi atvejais pirmoje eilėje reikia apvalyti opa: šlapias tvarstis, jodoformas. Paskui vartoja švelnius tepalus (cinką, scharlachrot'o arba pellidol'io tepalą); reikia tepalai keisti. Tvarstoma kas antrą trečią dieną. Labai atsargiai reikia vartoti cinko-klijų tvarstis, kuris negalima dėti tiesiog ant odos, bet visada daryti langelis. Išoriniam gydymui padėti gijimo metu vartojamos minėtos Linser'io injekcijos.

e) Tromboflebitas: ramus gulėjimas, šlapi kompresai („Münch. Med. Wochenschr." 1925, Nr. 21).

Plaučių kraujaplūdžio gydymas. 1. Kupiną arbatinį šaukštelį valgomosios druskos duoti išgerti su $^1/_3$ stiklo vandens. 2. Perveržti galūnes juostomis. 3. Injekcija venon 3—5 kub. cm. calcii arba natrii chlorati tirpinio. 4. Injekcija į raumenis 6—10 kub. cm. ol. camphorae 25%. Kas 12 valandų mažinti dozę vienu kub. cm. Kamfora veikia profilaktiškai. 5. Adrenalinas ir pituitrinas (laikinas veiksmas). 6. Mažos dionino ir kodeino dozės. („Wiener Kl. Wochenschr." 1924, S. 1177).

Hyperemesis gravidarum gydymas cukrum. a) Lengvais atvejais kas 2 val. po 50,0 tirpinio iš 3 valg. šaukštų pieninio cukraus su 10,0 natrii bicarbon. $^1/_2$ litro vandens.

b) Kiek sunkesniais atvejais: du kartu pilti per rectum vynuogių cukraus tirpinio ir tuoj po jo ten pat įleisti tirpinyje 0,65 chloralhydrati + 2,0 natrii bromati.

c) Labai sunkiais atvejais. 25% gryno vynuogių cukraus tirpinį leisti venon. Tirpinį gamina keletą kartų perkoštame ir išsterilizuotame destiliuotame vandenyje. Pirma leidžia mažomis dozėmis, kurias vėliau pakelia. Karamelizuotus tirpinius neleistina vartoti. („Journ. of the med. associat." 1925, Nr. 7).

Tinkamiausia, išmėginta praktikoje sifiliui gydyti schema. Specifiškas gydymas reikia vartoti visuose sifiliu susirgimuose arba su juo surištose ligose, išėmus progresiškąjį paralyžių. Patartina šitokia gydymo schema, kuri leistina kiek individualizuoti.

A) Sifilis I. (Pirmas efektas, esant + WR arba — WR).

1. Vietiniai: emplastr. hg. molle.

2. Tuoj pradėti gydymas neosalvarsanu (tik vienu): 1-ji dozė 0,45, po trijų dienų 0,45, paskui tais pačiais protarpiais 0,6, 0,6, 0,75, 0,75, 0,75.

3. Kartu su paskutiniąja neosalv. doze pradėti gydyti bismutu: 3 kartus savaitėje 1,0—1,5 kub. cm. neocutren arba spirobismol, viso 18—20 injekcijų (= 0,6 — 1,0 metal. Bi) per šešias savaites.

4. 8 savaičių pertrauka, paskui WaR darymas (gali jau būti neigiama). Jei WaR neigiama, tad abortiško gydymo jau pakanka. Priešingu atveju padaroma dar 15 spirobismol'io švirkštimų ir, juos pabaigus, dar salvarsan'o kursas (viso 5,0 nurodytąja 2-ja schema).

5. Kasmet 1 kartą tirti kraujas WaR per 2-3 metus iš eilės.

B. Sifilis II.

1. Jei tik galima: per 6 savaites hg. ciner. saponat. įtrinimų kursas.
2. Vienu neosalvarsanu gydymo kursas (sulig A 2).
3. 14 dienų pertrauka.
4. 14 dienų Zitmann'o gydymas.
5. 4 savaičių pertrauka.
6. Neocutren'o arba spirobismol'io gydymo kursas (sulig A 3).
7. 8 savaičių pertrauka, WaR.
8. WaR esant neigiamai: apsaugomasai gydymas sulig B 2 ir B 6.
9. WaR esant nors kiek teigiamai: gydymo pakartojimas iki gaunant neigiamą WaR, paskui apsaugomasai gydymas kaip parodyta 8.
10. Per 5 metus kasmet 1 kartą WaR.

Jei įtrynimais gydyti netektų, tada:

1. Vietiniai: gyvsidabrio guttaplast ant liaukų, papulų ir kondilomų.
2. Neocutren arba spirobismol, sulig A 3.
3. Baigti neosalvarsanu sulig A 2.
4. 4 savaičių pertrauka.
5. Per 14 dienų Zitmann'o gydymas.
6. 4 savaičių pertrauka, WaR.
7. Toliau sulig B 8—10.

C. Sifilis III.

1. Vietiniai: gyvsidabrio guttaplast.
2. Tik keli spirobismol'io kursai po 20 injekcijų (= 1,0 gr. metal. Bi).
3. Vidun: jodas ir Animasa.

(„Münch. med. Wochenschr." 1924, Nr. 32. Griesbach, Meyerhoff).

Staigaus sąnarių reumatizmo gydymas, leidžiant į veną silicilo natrį Bénard'as, Seligmann'as sėkmingai vartoja minimoje ligoje injekcijas venon 10% natr. salicyl. 10% gliukozės tirpinyje. Gerų sėkmių būk turį autoriai ir kiek užsisenėjusio sąnarių reumatizmo atvejais, kai duodami per os salicilo preparatai visiškai nieko nepadedą. („Presse Médic." 1925, Nr.26)

Theominal prie angina pectoris. E. Wiechmann duoda prie angina pectoris theominal'į — theobromino ir luminalio kombinaciją. Viena theominalio tabletė = 0,3 theobromin. + 0,03 luminal. Pirmas, kiek žinome, išplečia koronarinius indus, veikdamas jų sienelių periferiją ir tuo būdu arterizuoja širdį. Luminal'is veikia krūtinės anginoje nelyginant migrenėje ir epilepsijoje. Theominal'į paskiria ilgesniam laikui 3 kart dienoje po 1 tabletę, o vėliau 2 kartu po 1 tabletę. („Münch. med. Wochenschrift", 1925, Nr. 16).

D-ro J. Brazaičio*) 49 metų medicinos praktikos patyrimai.

1. Naujas, lengvai prieinamas ir tikslus antiseptikos būdas chirurgijoje.

Autorius sumanęs šitą antiseptikos būdą Rusijoj karo metu, dirbdamas žemietijoj, kai, įvairiems kriziams atsiradus, pristigo

---

*) Gerb. d-ras J. Brazaitis, gyv. Anykščiuose, Utenos apskr., yra seniausias Lietuvos gydytojas; jis yra gimęs 1850 metų sausio m. 15 d., gydytojo diplomą yra gavęs 1876 mt. XI. 22 d. Nenorėdamas nusinešti į kapus savo ilgos praktikos patyrimų, gerb. d-ras Brazaitis yra surašęs

reikalingiausių vaistų, instrumentų ir kitų medic. reikmenų (pav., sterilizatorių, kai senieji sugesdavo).

Jis vartodavęs jodo ir hydrargyri cyanati tirpinius, šitaip pagamintus: Rp. Jodi puri, Kali jodati, Aq. destill. aa 1,0; jodui ištirpus adde Aq. destill. ad 300,0. Šituo tirpiniu plaunamos operatoriaus rankos, operuojamasai laukas ir instrumentai. Paskui visa nuplaunama hydrarg. cyanati tirpiniu: Rp.Hydrarg. cyanati 0,2, Aq. coctae communis 1000,0. Instrumentai reikia tik ką minėtame tirpinyje pamirkyti. Ligatūros pradžioje įmerkiamos į minėtą jodo tirpinį, o vėliau į sol. hydrargyri cyanati 1:5000. Užsiūtos žaizdos aptepamos jodo tirpiniu ir nuplaunamos bei aptvarstomos hydrarg. cyanati tirpiniu.

Siūlomoji antiseptika autoriaus labai aukštai vertinama: nejaudina žaizdų, instrumentams daug mažiau kenkia negu virinimas. Aršiausiai suterštos žaizdos (net muštos ir plėštos), būdamos apiplautos šiltu virintu vandeniu, paskui kalbamais tirpiniais ir užsiūtos, užgyjančios per primam intentionem; siūlės niekada nepūliuojančios. Autorius, vartodamas savo tirpinius, užsiūdavęs net suterštus komplikuotus lūžimus, juos sutaisęs, ir visada gaudavęs sugijimą per primam, jei prieš operaciją nebūdavo dar uždegimo ir pūliavimo.

Nepaprastai gerą antiseptišką veikimą autorius linkęs aiškinti tuo, kad nuplaunant jodą hydrarg. cyanati tirpiniu, matyti, pasidarą nauji junginiai — hydrarg. bijodatum ir kalium cyanatum, kurie in statu nascendi esą smarkūs antiseptikai.

Pasak autoriaus, aseptiškas operavimo būdas neduodąs geresnių rezultatų, o siūlomoji antiseptikos priemonė esanti labai patogi ne vien ligoninėms, bet ypač provincijos gydytojams, neturintiems sterilizatorių ir dažnai priverstiems operuoti netikėtai arba ligonio namuose.

Autorius vartoja savo antiseptinius tirpinius taip pat akušerijoj. Eidamas prie gimdančios, jisai pasiima 300,0 jodo tirpinio ir 3—4 miltelius hydrarg. cyanatum po 0,2 (vienas miltelis į šiltą ar šaltą virintą vandenį). Šitais tirpiniais plauna rankas, gimdyvę iš viršaus ir vaginą. Antiseptikos dėka autorius net didesnėse operacijose (sakysime, embriotomijoj) neturėdavęs nei febris puerperalis nei sepsio, nors bobutės prieš atvykstant gy-

---

jų pluoštą ir atsiuntęs „Medicinai“ paskelbti visų Gerb. Kolegų žiniai. Kiek sutrumpinę ir sutvarkę, dedame juos „Medicinos“ 9-10 num.

Gerb. Kolegos prašomi išbandyti šituos g. d-ro Brazaičio medicinos praktikos patyrimus savo praktikoje ir bandymų rezultatus pranešti „Medicinai“. L. Univ-to Medicinos fak-to chirurg. klinikos vyr. asistentas d-ras B. Zacharinas, susidomėjęs d-ro Brazaičio savotišku antiseptikos būdu, jau yra pradėjęs tokius bandymus daryti. Gauti rezultatai bus atspausdinti „Medicinoje“. Kol kas galima pranešti, kad pirmieji bandymai yra davę teigiamų rezultatų.

Ir kiti gydytojai, ypač ilgesnį laiką praktikavę, gali turėti šiokių tokių patyrimų iš savo medicinos praktikos. Labai būtų geistina, kad ir jų medicinos praktikos patyrimai nežūtų, bet kad būtų paskelbti medic. spaudoje visų žiniai. *Red.*

dytojui nuolat tirdavusios gimdyvę nešvariomis rankomis. Jo nuomone, septicemijos ir t. t. išnyktų, jei valdžios būtų įsakyta pribuvėjoms laikytis nurodomos antiseptikos.

Ambulatorijoj, mažoj ir didelėj chirurgijoj — visur autorius labai pamėgęs vartoti sakytus tirpinius. Akis autorius gydo sol. hydrarg. oxycyanati (ne cyanati) 1:3000. Jodo ir hydrarg. cyanati tirpiniai labai tinką dantims sterilizuoti prieš plombuojant.

2. Kai kurių akių ligų gydymas atoxyl'iu.

Atoxyl'is (arseno preparatas) XX šimtmečio pradžioje buvo vartojamas šiltų kraštų ligoms (tripanozomiazei ir kt.) bei sifiliui gydyti, tačiau greitai buvo nustelbtas išrasto salvarzano, nes, vartojamas sifiliui gydyti didesnėmis dozėmis po 0,2—0,6 ir net 1,0, kartais toksiškai veikdavo n. opticus, sukeldamas nepagydomą aklumą.

Autorius, pastebėjęs gerą atoxyl'io veikimą tuberkuliozėje ir anemijose, švirkščiant po oda mažas jo dozes (0,05—0,1), sumanė išmėginti šituos vaistus akių skrofuliozinėms (resp., tuberkuliozinėms) ligoms gydyti. Sėkmių būta kuogeriausių. Didžiausia fotofobija per kelias dienas praeidavusi net tada, kai negelbėdavęs nei kalomelis, nei ungt. ophtalmicum, nei sublimato tirpinys. Vartoti reikia 5% atoxyl'io tirpinys, dirbamas su destiliuotu sterilišku šiltu arba šaltu vandeniu (virinamas atoxyl'is genda!) ir laikomas tamsioje bonkutėje. Kitos rūšies vaistų akims šitoje ligoje autorius jau seniai visai nebevartoja ir stebisi, kad iki šio laiko apie atoxyl'į akims gydyti nėra girdėjęs. Daugumai ligonių po savaitės gydymo, fotofobijai išnykus, greit sugyja ulcera corneae, phlycten'os, o likusios maculae corneae po 3—4 savaičių lieka beveik nebežymios.

Kadangi kalbamieji ligoniai dažnai turi rhinitis anterior ir rhinitis hypertrophica scrophulosa su patinusiomis ir su skilusiomis lūpomis ir patinusiomis liaukomis, tad autorius juos gydo šitaip: solut. hydrarg. cyanati arba oxycyanati išplauna akis, atmirko ir nuplauna šašus po nosimi ir ant lūpų, įlašina į akį po 2—3 lašus 5% atoxyl'io tirpinio, tuo pačiu tirpiniu suvilgo lūpas ir nosies angas ir po 3—5 lašus įlašina giliai į nosį. Tatai galima daryti 3 kartus dienoje. Be to, duoda po 10—30—40 lašų sirupus ferri jodati tris kartus dienoje, vaistas gelbsti ir neturintiems patinusių liaukų, bet kiek ilgiau sergantiems ligoniams. Sir. ferri jodati galima duoti ilgai, kartais kombinuojant su guajacol'iu.

Atoxyl'is daug greičiau pagydo blepharit'ą negu kiti vaistai. Visi sergantieji plaukeliai, išdygusieji ant opelių, reikia ištraukti, vokų kraštai nuplauti hydrarg. cyanat. (oxycyanat.) tirpiniu, suvilginti 5% atoxyl'io tirpiniu ir įlašinti jo į akį. Dažnai rytojaus dieną vokų kraštai iš to parausta ir atsiranda mažučių opelių, kurios reikia vėl plauti hydrarg. cyanat. ir tepti atoxyl'io tirpiniu, kas daroma 1—2 kartu dienoje. Atoxyl'io tepalas su vazelinu vartoti netinka, nes jaudina ir akis ir skrofuliozinį išbėrimą.

Sėkmingai gydomi atoxyl'iu trachominiai keratitai, ulcera corneae, taip pat pannus trachomatosus ir scrophulosus. Kiti vaistai su atoxyl'iu nesusilygins.

Vokų trachomos atoxyl'is negydo, ir čia tenka vartoti seni gydymo būdai (mechaniški, cuprum sulfur., arg. nitr.). Gydant trachominius corneae uždegimus ir kartu esamą vokų trachomą, reikia vieni vaistai vartoti rytą, kiti vakare, arba rytą ir vakare atoxyl'is, o vidudieny cuprum sulfur. arba arg. nitr.

Vartojant atoxyl'į tuo pačiu metu, jisai nuo įvykusios reakcijos suskyla. Užtat hydrarg. cyanat. ir oxycyanat. 1 : 5000, 1 : 3000 galima be baimės vartoti drauge su atoxyl'iu ir geresnėmis sėkmėmis negu vieną atoxyl'į.

Tik ką atsiradę traumiški keratitai galima gydyti atoxyl'iu kartu su hydrarg. preparatais. Tačiau atsiradus abscessus corneae su hypopyon ar be jo, atoxyl'is jau nebepadeda. Negydo jisai ir ulcus serpens, kuriam geriau vartoti 1% optochini hydrochlorici tirpinys.

Autorius pataria jaunesniems gydytojams išmėginti gydyti chirurgišką ir kitos rūšies suaugusių tuberkuliozę atoxyl'io injekcijomis (0 05—0,1 pro dosi) į liaukas ar kitas sergamas vietas. Vidun atoxyl'is vartoti netinka, nes lengvai pasikeičia.

3. Bergždžioms moterims ir kai kurioms moteriškoms ligoms gydyti

autorius daug metų sėkmingai vartoja empiriškai jo sustatytą formulę: Rp. Jodoli 3,0, Ichthyoli 3,0, Tannini 1,5, Ol. Cacao q. s. ut fiant globuli à 2,0 Nr. XV. Labiausiai tokiam gydymui tinkančios tos bergždžios moterys, kurių steriliškumas nesiseka išaiškinti, o taip pat turinčios fluor albus, colpitis, endometritis su granuliacijomis ir be jų. Jei tik nėra organiškų neišgydomų priežasčių, didesnė pusė gydomų bergždžių moterų pasveikstanti. Dvi bergždi moteri esą pavyko išgydyti (pastojusios) 18 metų nuo jungtuvių praslinkus, nors abi buvo aplankiusios visus apylinkės gydytojus—specialistus.

Rituliai (globuli) vartojami štai kaip: vakare, atsigulus, vienas ritulys įstumiamas giliai į makštis, o ant rytojaus nedaroma nieko. Trečią dieną vakare daromas vidujinis makščių plovimas šiltu vandeniu su soda, o geriau su natr. phosphoricum (arbat. šaukštelis be kaupo vienai stiklinei šilto vandens). Iš vaginos dažnai išsiplauna plėvelių, nieko bloga nereiškiančių. Atsigulus lovon po plovimo vėl įstumiamas ritulys į makštis. Tatai reikia daryti ištisą mėnesį ir neturėti santykių su vyru. Mėnesinėms atsiradus, gydymas laikinai nutraukiamas, o joms pasibaigus, vėl tęsiamas. Rutulius išbaigus, gerai yra įšvirkšti prieš coitus'ą į makštis natrii phosphorici tirpinio, kuris padaro spermatozoidus gaivesnius.

Jei po vieno mėnesio tokio gydymo moteris nepastotų, galima, 2 mėnesiu praleidus, pakartoti dar mėnesinis gydymo

kursas. Galiausiai, galima gydymas išmėginti dar trečią kartą. Griežtai reikia moterei įsakyti mėnesinių metu ir kelias dienas po jų neturėti su vyru santykių.

4. Gydymas vandeniu dėmėtosios ir atokritinės šiltinės.

Autoriaus patyrimai pokariniu metu (1918—1919) Rusijoj, siaučiant baisiai dėmėtosios ir atokritinės šiltinės epidemijoms Pavolgėje, rodo didžiulę vandens reikšmę šitas ligas gydant. Gerų sėkmių turėjęs autorius, visiškai vaistų nevartodamas, tik girdydamas ligonius ir liepdavęs nuo ligos pradžios suaugusiems ligoniams gerti skystimo (vandens, pieno, arbatos, tik ne alaus ar „bragos“) ne mažiau kaip 10 stiklinių per dieną. Kai ligonis 8-ą ligos dieną jau pats neprašydavęs gerti, versdavęs jį girdyti šaukštais, kol tik galėdavęs ryti. Mirdavę tik tie, kurie vėlai buvo pradėti girdyti arba kurie bijodavę daug gerti, kad nepakenktų sveikatai. Šitaip girdomųjų ligos eiga būdavusi daug lengvesnė (ypač po 8-os dienos, kai paprastai nustojama sąmonės).

Autorius, mėgindamas savo patyrimą paaiškinti, nurodo į organizmo troškulį esant kraujuje nereikalingai druskai (sūriai pavalgius) arba cukrui (diabeto ligoje), ir išveda, kad karštligėse, matyti, esą organizmui reikalinga daug vandens toksinams bei ptomainams iš kraujo išplauti.

Vidurių šiltinėje autorius girdymo dar nėra išmėginęs.

D-ras V. Lazersonas, vyr. asistentas.

Pedologijos bruožai.

(Iš Lietuvos Universiteto ped.-psichologijos laboratorijos. **Vedėjas doc. J. Vabalas-Gudaitis**).

Čia tiekiamas mano straipsnys yra pradžia visos eilės straipsnių iš pedologijos, kuriuos aš esu surinkęs betirdamas vaikus Lietuvoje.

1921—22 mokslo metais, kai aš buvau dr-jos „Oze“ mokyklų gydytoju, aš tyriau, dalinai Kauno Universiteto psichologijos pedagogikos laboratorijoj, Kauno miesto žydų mokyklų moksleivius. Vaikų buvo maždaug 1200. Skaitlines aš patieksiu žemiau. Čia gi man norėtųsi tarti keletas žodžių del tos reikšmės, kurios, aš manau, turi tų tyrimų rezultatai. Nors tų rezultatų tiesioginis tikslas buvo patirti fizišką ir psichišką žydų vaikų būklę (stovį) bei higijenos sąlygas, kuriose jiems tenka eiti pradžios mokslą, tačiau jie yra labai įdomūs sulyginimui jų su rezultatais, gautais tuo pat būdu tiriant kitus nežydų vaikus prieš ir po karo; čia mums bus įdomiausia sulyginti rezultatai, gauti tiriant žydų ir lietuvių vaikus, nors gyvenančius greta vienas kito, bet žengiančius kol kas savais skirtingais keliais del visai skirtingų buities

ir tautinio gyvenimo sąlygų. Sulyginimui, tiriant vienus ir antrus vaikus, reikės, žinoma, naudotis panašiomis metodėmis.

Jeigu yra įdomūs grynai fiziologiški daviniai — ūgis, svoris, krūtinės apimtis ir antropometrija, tai nė kiek ne mažiau bus įdomūs ir patologiški mūsų vaikų nukrypimai nuo sveikų vaikų normos ir vėl lyginant vaikus vienos ir kitos tautybės, nes čia dar ryškiau matysis tiek lietuvių tiek žydų buities ir socialio gyvenimo sąlygos.

Pirmių pirmiausia mes susipažinsime su tąja žmogaus medžiaga, kurią mes nagrinėsime — su mokyklos amžiaus vaikų ūgio, svorio, plaučių talpumo ir t. t. matais; paskui pereisime prie vaikų sveikatos būklės ir, pagaliau, prie mokyklos rūmų, kuriuose mūsų priaugančioji karta gauna pradžios mokslą ir todel, aišku, praleidžia dieną savo gyvenimo didesnę dalį. Išeidami iš tų davinių, mes pasistengsime padaryti atatinkamų išvadų ir pasiūlyti racionalaus medicinos darbo Lietuvos mokykloje planą.

Mūsų moksleivių psichiškos būklės tyrimą mes kol kas dar rengiame.

Visų pirma pažymėsime, kad mūsų tyrimo darbas liečia išimtinai vaikus, lankančius Kauno miesto pradžios mokyklas (ir vieną amatų mokyklą).

Duodamas šituos savo rašinius spaudon, aš laikau sau malonia pareiga pareikšti nuoširdžios padėkos Gerbiamajam docentui J. Vabalui-Gudaičiui, visuomet maloniai padėjusiam man brangintinais nurodymais ir patarimais, ir Gerbiamajam kolegai D-rui O. Šereševskienei, kuri man padėjo apdirbti medžiagą pirmiesiems trims bruožams.

I.

Ištirti vaikai, kurių buvo apie 1200, skirstosi amžiumi šitaip:

1-oji lentelė.

Berniukų ir mergaičių paskirstymas amžiumi.

Amžius	5 mt.	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Berniukai	6	8	34	67	82	100	94	82	28	11	19	15	9
Mergaitės	6	12	48	105	103	120	101	86	27	9	7	2	—

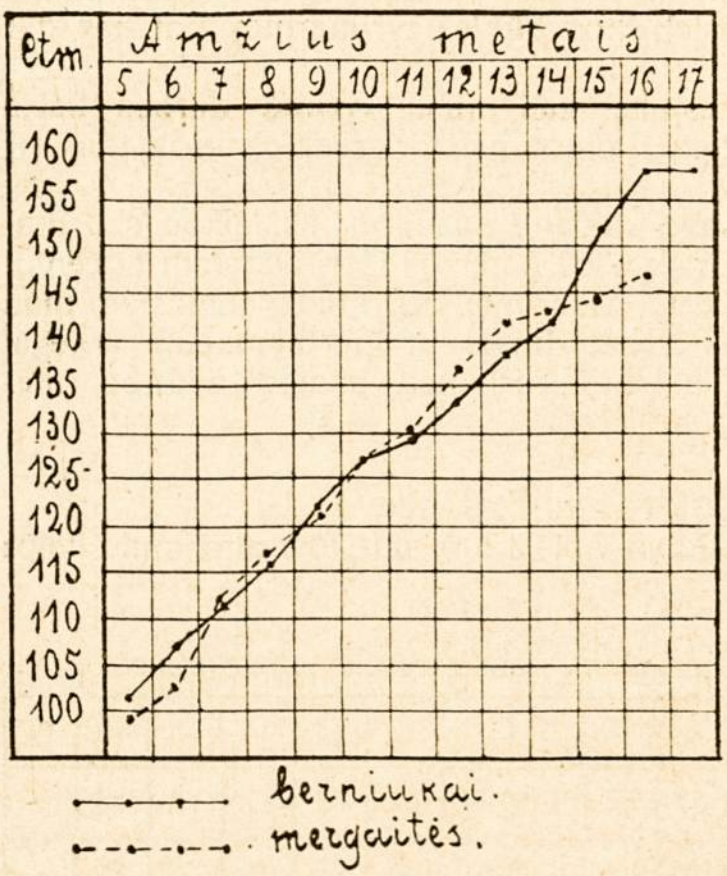
Šita lentelė mums rodo: 1) kad 1922 metais moksleivių berniukų buvo absoliučiai mažiau negu mergaičių (565 berniukai ir 624 mergaitės); 2) kad, nors ir berniukai ir mergaitės pradeda mokytis nuo 5 metų amžiaus, tačiau nuo 6 ligi 13 metų amžiaus mergaičių buvo daugiau negu berniukų, gi nuo 13 mt. amž. mokyklose berniukų daugiau negu mergaičių, ir 3) kad tuo metu, kai mergaitės baigia mokytis 15 metais amž., berniukai tęsia mokslus ir 17 metais amžiaus. Tai mes turėsime galvoje, kai

seksime vaikų ūgį ir svorį ir nagrinėsime jų socialio gyvenimo sąlygas.

Daugiausia moksleivių tenka 10 metų amžiui, būtent — 100 berniukų ir 120 mergaičių; paskui 11 mt. amž. — 94 berniukai ir 101 mergaitė; 12 mt. amž. — 82 bern. ir 86 merg.; 13 amž. — berniukų ir mergaičių skaičius beveik vienodas — 28 berniukai ir 27 mergaitės, bet jų bendras skaičius jau mažesnis, nes nuo 82 berniukų skaičius sumažėjo ligi 28 ir nuo 86 mergaičių ligi 27. Iš to galima padaryti išvaida, kad tikruoju žydų vaikų mokyklos amžiumi reikia laikyti amžius nuo 7 ligi 13 metų: 487 berniukai ir 588 mergaitės, iš viso 1075 vaikai, arba 91% visų pradžios mokyklos mokinių.

Ūgio augimas
(santimetrais).

I-oji kreivoji. 2-oji lentelė.



Amž.	Bern.	Merg.
5	101,66	99,83
6	107,00	102,46
7	111,10	111,42
8	115,67	116,58
9	122,23	121,20
10	127,00	127,00
11	129,34	130,57
12	133,90	137,00
13	138,50	142,10
14	141,70	144,66
15	152,00	146,50
16	158,00	146,50
17	158,00	—

Šitais skaitmenimis mes pasinaudosime toliau; kol kas atkreipsime dėmesį į tai, kad Lietuvoje pradžios mokslas neprivalomas. Prūsuose, kur pradžios mokslas privalomas visiems, vaikai atiduodami mokyklon, pradedant $5^1/_2$—$6^1/_2$ mt. amž.; gi Anglijoje — tarp 5—6 metų. Taigi, lyginant su tomis valstybėmis, Lietuvos žydų vaikai atsilieka pradžios moksle 1—$1^1/_2$ metų.

Dabar pradėsime nagrinėti vaikų ūgio matavimą. Tie matavimai buvo daromi stadiometru, basa koja, kulnais greta, kulnai su sėdmenimis, pečiais ir pakaušio kauburiu sudaro vieną tiesią

liniją. Gauti iš šitų matavimų daviniai santimetrais buvo įrašyti į individualinius lapus ir iš jų kiekvieneriems metams buvo paimit vidutiniai artimetiški iš gautųjų skaitmenų. (Žiūr. I-ją kreivąją ir 2-ąją lentelę).

Kadangi, kaip jau aukščiau pažymėjome, žydų vaikų mokyklos amžius prasideda nuo 7 metų, tai gautų skaitmenų sulyginimai su kitų tautybių vaikų ūgio skaitmenimis bus labiau įtikinančiais ir reikšmingesniais, jei pradėsime nuo 7 mt. amž. Čia pažymėsime, kad tuose kraštuose, kur pradžios mokslas privalomas, yra nustatytos tam tikros ūgio ir svorio normos, kurias turi atatikti priaugusieji mokyklos amžių vaikai, kad būtų priimti mokyklon. Vokietijoje vaikai, priaugę mokyklos amžių, vadinami „privalą lankyti mokyklą“ (Schulpflichtige), gi atatinką normas — „pribrendusiais mokyklai“ (Schulzeife). Vaikai, kurie neturi to normalaus ūgio ir svorio, bet yra priaugę mokyklos amžių, paprastai nepriimami mokyklon tol, kol jie pasieks tas normas. Štai tos normos (Prof. S c h m i d t „Das Schulkind“ 10 psl.):

3-oji lentelė.

	Amžius	Ūgis santimetrais	Svoris kilogramais
Berniukai	$5^1/_2$—6 mt.	108,9	19,6
„	6—7 „	113,8	20,5
Mergaitės	$5^1/_2$—6 „	110,6	19,5
„	6—7	113,8	20,6

Kitiems tolygiems ūgio ir svorio matams esant, pirmenybė atiduodama vaikams, sukakusiems 6 (šešerius) mt. amž. Kartais net vaikai, nors ir atatinka nustatytas normas, tačiau mokyklon nepriimami del neganėtino proto ir dvasios išsilavinimo, kalbos trūkumo ir p. Nors Kaune, priimant į žydų pradžios mokyklas, kalbamos normos ir neprivalomos, visgi būtinai daromas stojančių mokyklosna vaikų mediciniškas apžiūrėjimas, ir čia vaikai su fiziškais ir psichiškais defektais mokyklon nepriimami.

II-oji kreivoji ir 4-oji lentelė rodo metinį mokyklos amžiaus vaikų priaugimą. Iš tų pat lentelių mes galime išvesti priaugimo kiekvienam amžiui lentelę.

Įsižiūrėję į šitas lenteles, mes turime konstatuoti štai ką: ir priaugimo lentelė ir priaugimo kreivoji kiekvienam amžiui nesudaro lygios linijos, bet pasižymi šiek tiek žymesniais pakilimais ir kritimais.

A. Berniukams: pirmas toks ūgio kreivosios pakilimas tenka

6 mt. amž. = 5,34 santimetr.
antras . . . . . 9 „ „ = 6,56 „
trečias . . . . . 12 „ „ = 4,56 „
ketvirtas, didžiausias . 15 „ „ = 10,30 „

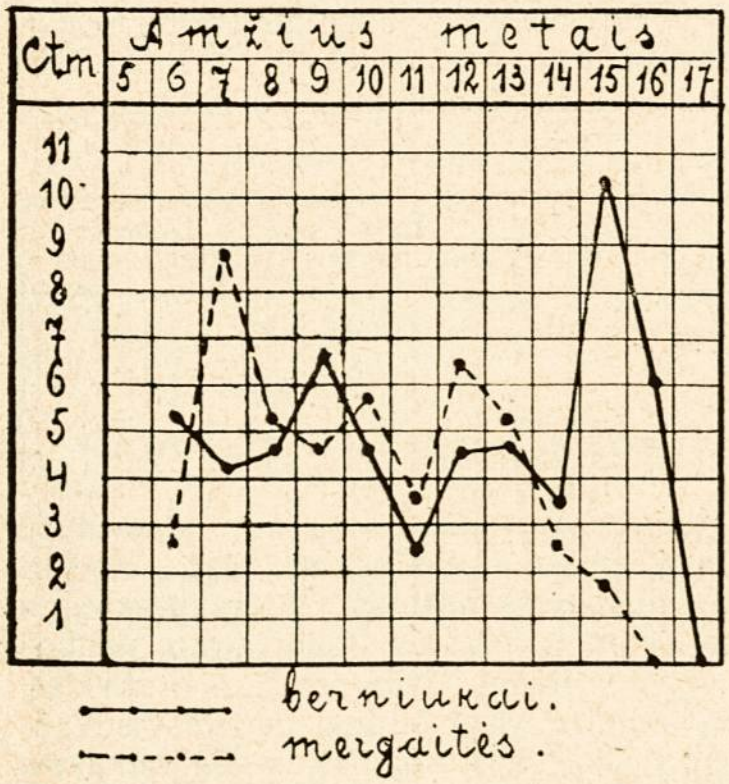
Tarp tų griežtų pakilimų augimas nesustoja, bet tik sumažėja, ir priaugimo minimumas pastebimas 11 mt.; jis yra lygus tik 2,34 santimetr., gi 17 mt. amž. = 0.

B. Mergaitėms: pirmas priaugimo pakilimas prasideda

7 mt. = 9 santimetr.
antras — 10 „ (žymiai mažesnis už pirmąjį) = 5,80 snt.
trečias — 12 „ = 6,43 santimetr.
16 „ amž. priaugimas = 0.

Metinis ūgio priaugimas
(santimetrais).

II-oji kreivoji. 4-oji lentelė



Amž.	Bern.	Merg.
6	5,34	2,63
7	4,10	8,96
8	4,57	5,14
9	6,56	4,64
10	4,77	5,80
11	2,34	3,57
12	4,56	6,43
13	4,60	5,10
14	3,20	2,56
15	10,30	1,84
16	6,00	0,00
17	0,00	—

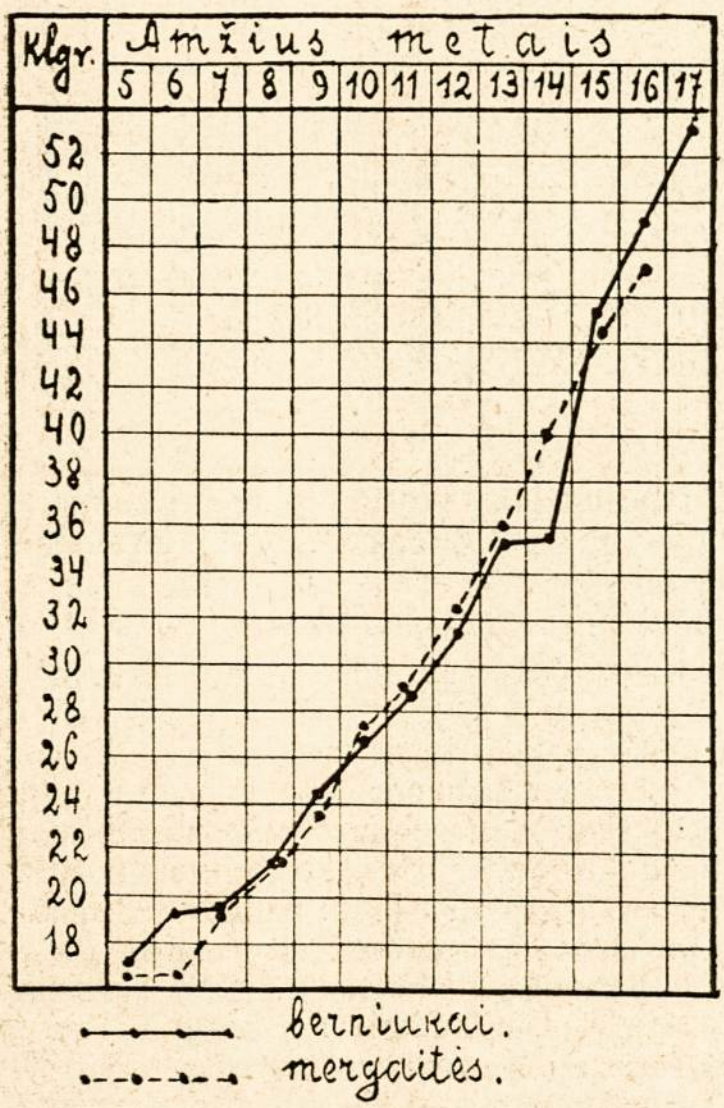
Lyginant berniukų ir mergaičių ūgį, reikia pažymėti štai kas: mergaitės nuo 5 ligi 7 mt. amž. absoliučiai mažesnės už berniukus; pradedant nuo 7 mt. ligi 10 mt. amž. absoliutus berniukų ir mergaičių ūgis maža kuo skiriasi vienas nuo kito; 10 mt. amž. ir vienų ir antrų ūgis vienodas ir yra lygus 127 santimetr.; bet pradedant 11 metais mergaitės jau pralenkia berniukus ir taip progresuoja ligi 14 metų amž. 13 mt. amžiaus jos absoliučiai aukštesnės 3,5 santimetrais už berniukus, o 14 mt. amž. — beveik 3 santimetrais. Užtatai nuo 15 mt. amž. berniukai auga jau žymiai greičiau negu mergaitės: 15 mt. amž. skirtumas tarp jų lygus 5,5 sant., o 16 mt. jis jau pasiekia 11,5 santimetrų. Ir vienų ir antrų priaugimas 11 ir 14 mt. amž. tarytum sustoja; didžiausias priaugimas mokyklos amžiaus mergaičių po 7 mt. pastebimas einant 12 mt. amž., tuo būdu intensyviškiausias kaulų vystymasis

įvyksta 2 metais anksčiau negu lyties organų subrendimas. Apskritai, mergaitės auga daug lygiau negu berniukai.

Pereinu prie svorio matavimo. Svėrimas buvo daromas automatu; vaikai buvo visai basi ir nuogi; svėrimo tikslumas buvo tikrinamas dešimtainėmis svarstyklėmis. Svorio, kaip ir ūgio bei kitų matų daviniai buvo įrašomi į individualinius lapus ir jau iš jų buvo imamas kiekvienam amžiui vidurinis aritmetiškas skaitmuo. Žemiau paduodamose 5-oje ir 6-oje lentelėse yra surašyti absoliutus berniukų ir mergaičių svorio bei jųjų metinio priaugimo skaitlinės; gi III-ioji ir IV-oji kreivosios duoda grafišką tų pat skaitlinių vaizdą.

Svorio augimas
(kilogramais).

III-ioji kreivoji. 5-oji lentelė.



Amž.	Bern.	Merg.
5	17,58	16,50
6	19,06	16,58
7	19,53	19,40
8	21,39	21,58
9	24,30	23,76
10	26,68	27,00
11	28,45	28,63
12	31,64	32,38
13	35,21	36,08
14	35,25	40,00
15	44,92	44,29
16	49,18	45,25
17	53,05	—

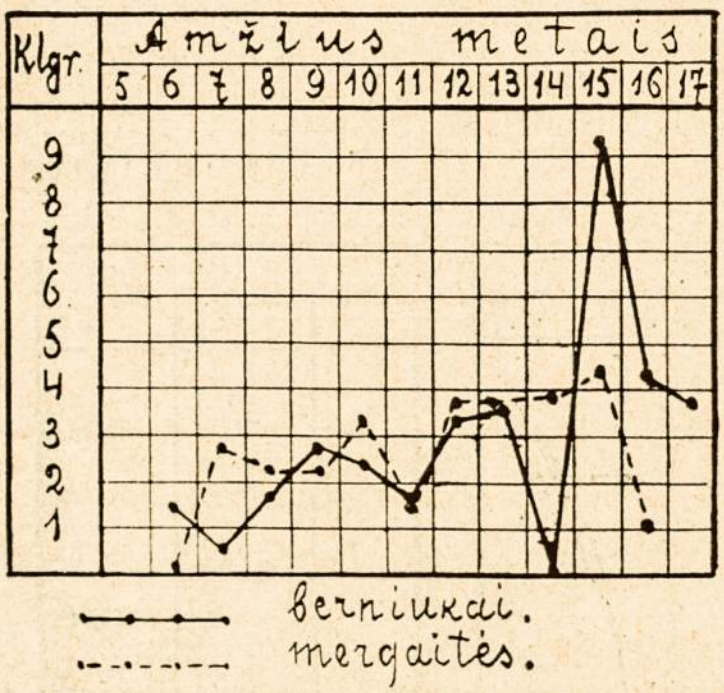
Ir šitos lentelės bei kreivosios rodo mums analogišką reiškinį, kaip kad ūgio metinio priaugimo lentelės bei kreivosios.

A. Mokyklos amžiaus berniukams, t. y. nuo 7 metų amž. svorio padidėjimo kreivoji turi tris gana ryškius pašokimus:

1) 9 metais yra lygus 5,3 klgr.
2) 13 „ „ „ 3,5 „
3) 15 „ „ „ 9,77 „

Metinis svorio priaugimas
(kilogramais).

IV-oji kreivoji. 6-oji lentelė.



Amž.	Bern.	Merg.
6	1,48	0,08
7	0,47	2,82
8	1,86	2,18
9	2,91	2,18
10	2,38	3,24
11	1,77	1,63
12	3,19	3,75
13	3,57	3,70
14	0,04	3,92
15	9,17	4,23
16	4,26	1,02
17	3,87	—

Tarp skardžių pakilimų pastebimas svorio priaugimo sumažėjimas; mažiausi svorio priaugimo skaitmenys tenka 11 metams amžiaus = 1,77 klgr. ir 14 mt. amž., beveik = 0 (0,04).

B. Mergaitėms pastebimas analogiškas reiškinys:

1) Pirmas žymus svorio priaugimas būna 7 mt. amž. ir yra lygus 3 klgr.;
2) antras — 10 mt. amž. = 3,24 klgr., ir
3) trečias — 12 „ „ = 3,75 klgr.;

po 12 metų metinis mergaičių svorio priaugimas pamažu didėja beveik be jokių kritimų ligi 15 mt. amž., kada svorio priaugimas pasiekia savo maksimumą ir yra lygus 4,23 klgr.; po to jis staiga krinta 16 metais — ligi 1,02 klgr. 11 metais tarp antrojo ir trečiojo kreivosios pakilimo ir berniukų ir mergaičių svorio priaugimo sumažėjimas beveik vienodas ir sudaro 1,63 klgr. Tuo būdu, jei mergaičių augimas nuo 8 mt. amž. yra daugiau vienodas negu berniukų, tai jųjų svorio priaugimas dar vienodesnis. Mergaičių augimo maksimumas pastebimas 12 metais, o svorio maksimumas — tik 15 metais; be to, nuo 10 metų ligi 14 mt. absoliutus mergaičių svoris visą laiką pralenkia berniukų svorį.

Tenka pastebėti, kad, lygindami Hoesch'o Ernst'o dideliam kūriny („Das Schulkind in seiner körperlichen u. geistigen Entwickelung") visą eilę prieškarinių įvairių autorių davinių apie tai, kad tam tikrame amžiuje mergaičių svoris didesnis negu berniukų, mes radome šiokią tokią analogiją tam reiškiniui pas kai kuriuos Amerikos autorius (Gilbert, Bowditch, West, Mac Donald -- darbininkų ir nedarbininkų klasė), paskui pas Italijos autorių Pagliani (prieglaudų vaikai), o iš vokiškų šaltinių pas Schmidt'ą ir Retz'ą; tačiau pas daugelį autorių šitas reiškinys pastebimas tik nuo 12 metų amž. Užtat, anot pokarinių davinių (1921 m.), liečiančių Leipcigo liaudies mokyklų vaikus, matosi, kad šitoks mergaičių svorio pralenkimas ten pastebėtas pradedant nuo 10 mt. amž. (sulygin. „Die Messungen u. Wägungen der Leipziger Volkschulkinder im Jahre 1921"):

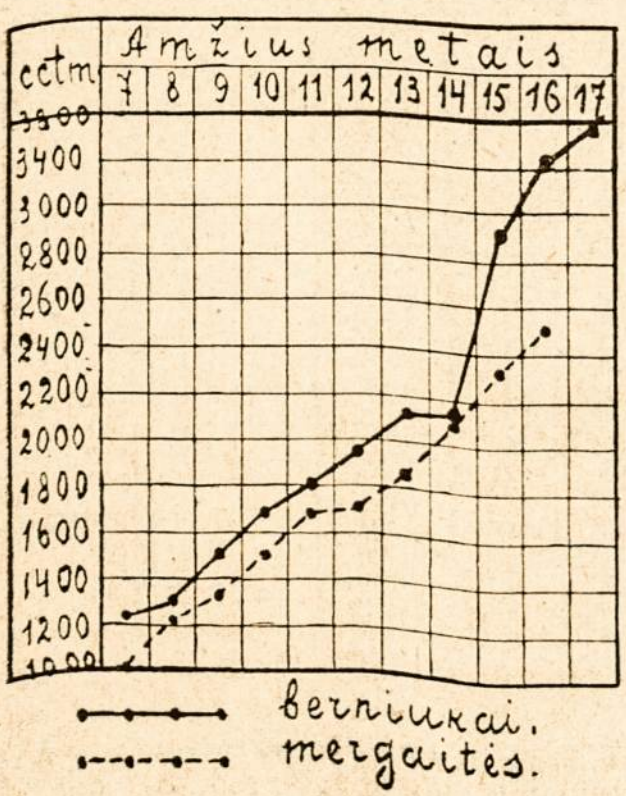
7-oji lentelė.

Svoris kilogramais.

Amžius	9 mt	10 mt.	11 mt.	12 mt.	13 mt.	14 mt.
Berniukai	24,6	26,4	28,4	30,8	33,6	34,4 klg.
Mergaitės	24,1	26,4	28,9	32,4	36,4	38,4 klg.

Plaučių talpumo augimas
(kub. santimetrais).

V-oji kreivoji.



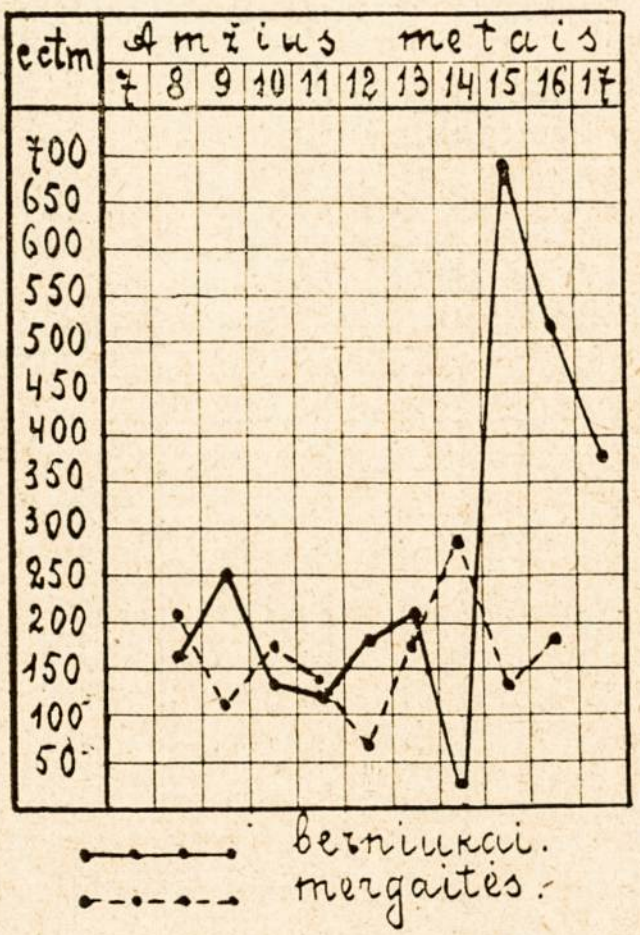
8-oji lentelė.

Amž.	Bern.	Merg.
7	1125	1000
8	1288	1215
9	1539	1334
10	1680	1504
11	1804	1647
12	1970	1710
13	2182	1882
14	2195	2175
15	2889	2313
16	3416	2500
17	3795	—

Tolimesni daviniai liečia vaikų plaučių talpumo (Vitalkapazität) matavimą spirometru. Tam tikslui mes naudojomės Barnegs'o prietaisu — Trockenspirometer nach Barnegs; vaikams iš anksto buvo rodoma, kuriuo būdu reikia naudotis šituo prietaisu. Kai vaikai pūsdavo orą į aparatą, buvo daug dėmesio kreipiama, kad vaikai tą procedūrą atliktų visai taisyklingai; bandymai buvo daromi paprastai 2—3 kartus ir į individualinius lapelius buvo įrašomas didžiausias skaičius, kurį vaikas galėdavo išpūsti taisyklingai vartodamas aparatą. Pakeliui aš esu patyręs ir tą patyrimą, kurį ne kartą esu patikrinęs kitus darbus bedirbdamas, kad vaikams su atsilikusiais proto gabumais labai sunku, o kartais visai negalima atsikvėpti ad maximum ir nuosekliai pūsti oras per stiklinę tūtelę į prietaisą. Matyti ir čia nesugeba viduriniai organai atlikti sudėtinesnių laisvų judesių ir proto atžvilgiu atsilikusių vaikų sulaikomieji centrai laisvai dirbti. Analogišką reiškinį aš esu pastebėjęs silpnapročiuose žmonėse, kurie negalėjo laisvai valdyti veido raumenų judesių.

Metinis plaučių talpumo priaugimas
(kub. santimetrais).

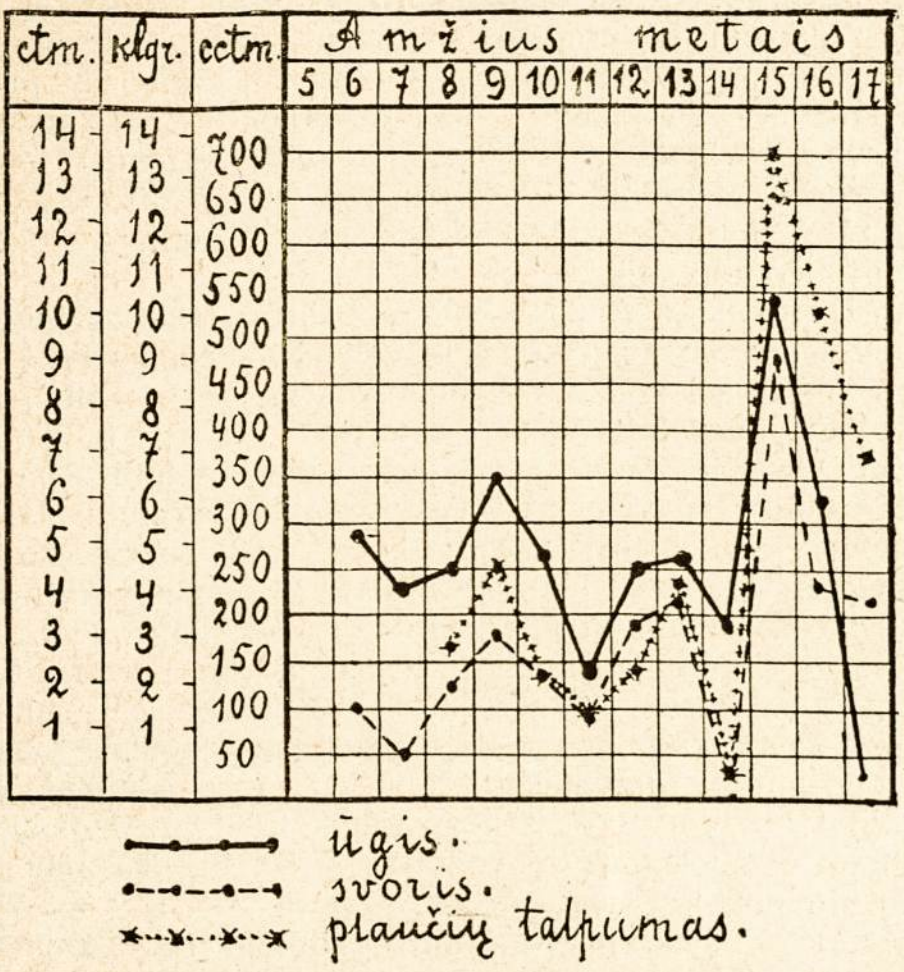
VI-oji kreivoji. 9-oji lentelė.



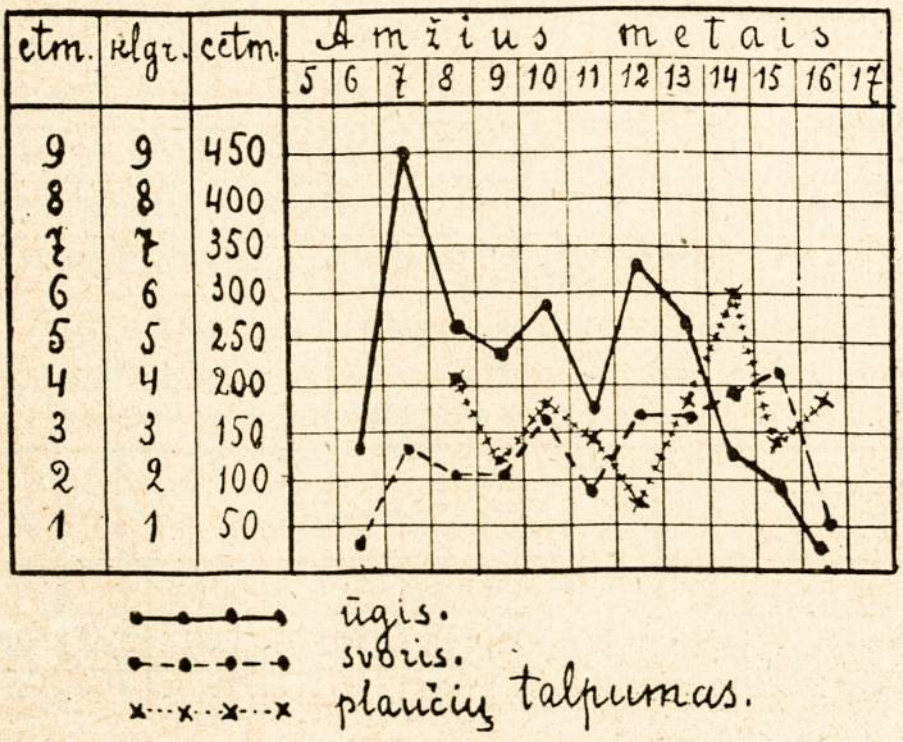
Amž.	Bern.	Merg.
7	—	—
8	163	215
9	251	119
10	141	170
11	124	143
12	166	63
13	212	172
14	13	292
15	694	138
16	527	187
17	379	—

Įdomi abiejų lyčių vaikų plaučių talpumo kreivoji (V ir VI). Berniukų plaučių talpumas, būdamas absoliučiai didesnis bet ku-

Berniukų ūgio, svorio ir plaučių talpumo vystymasis.
VII-oji kreivoji.



Mergaičių ūgio, svorio ir plaučių talpumo vystymasis.
VIII-oji kreivoji.



riame amžiuje, beveik sutampa 14 metais amž. su mergaičių plaučių talpumu, bet vėl padidėja 15 mt. amž. Mergaičių plaučių talpumas daugiausia priauga 14 metais, tačiau jis visgi beveik du syk mažesnis, negu berniukų didžiausias kreivosios pakilimas 15 mt. amžiuje. Pažymėtina, kad ir vienų ir antrų organizmas laikinai neva sustabdo savo plaučių talpumo augimą — mergaičių 12 metais, berniukų 14 metais; abu tarytum taupo jėgas, kad paskui vėl iš karto pakiltų ligi savo maksimumo — berniukai 15 mt. ir mergaitės 14 mt.

Apie mokyklos amžiaus vaikų plaučių talpumą literatūroje davinių yra mažiau negu kitais klausymais, liečiančiais vaikų organizmo vystymąsi. Gi tie daviniai, kurie yra paskelbti, griežtai skiriasi vieni nuo kitų. Jau minėtame Hoesch-Ernst'o darbe XV lentelėje randame davinių eilę. Artimiausiais mūsų rezultatams bus Pagliani'o daviniai del berniukų iš Turino prieglaudų; gi Hoesch-Ernst'o daviniai del Ciuricho vaikų, lygiai kaip ir Gilbert'o del Amerikos moksleivių, perdaug žemi; o Kotelman'o daviniai del aukštesniojo vokiečių mokyklos tipo perdaug aukšti. Tokius didelius atskirų autorių skirtumus mes esame linkę aiškinti metodikos netobulumais, į ką mūsų buvo kreipta ypatingo dėmesio. Mūsų daviniams šiek tiek artimesni amerikiečio Smedley'o daviniai (cituota iš Uippl'o „Rukovodsto k izsliedovaniju fizičeskoi i psichičeskoi diejatelnosti dietei školnago vozrasta". Versta iš anglų kalbos 1913 mt. 76 pusl.).

Gretindami įvairių artimesnių cituotiems daviniams autorių vaikų plaučių talpumo davinius, gauname šitokį vaizdą:

10-oji lentelė.

Berniukams kub. santimetrais.

Autorius	Amžius metais										
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Pagliani	—	—	—	1660	1700	1860	2045	2109	—	—	—
Smedley	1168	1316	1469	1603	1732	1883	2108	2395	2697	3120	3483
Lazersonas	1125	1288	1539	1680	1804	1976	2182	2195	2889	3416	3795

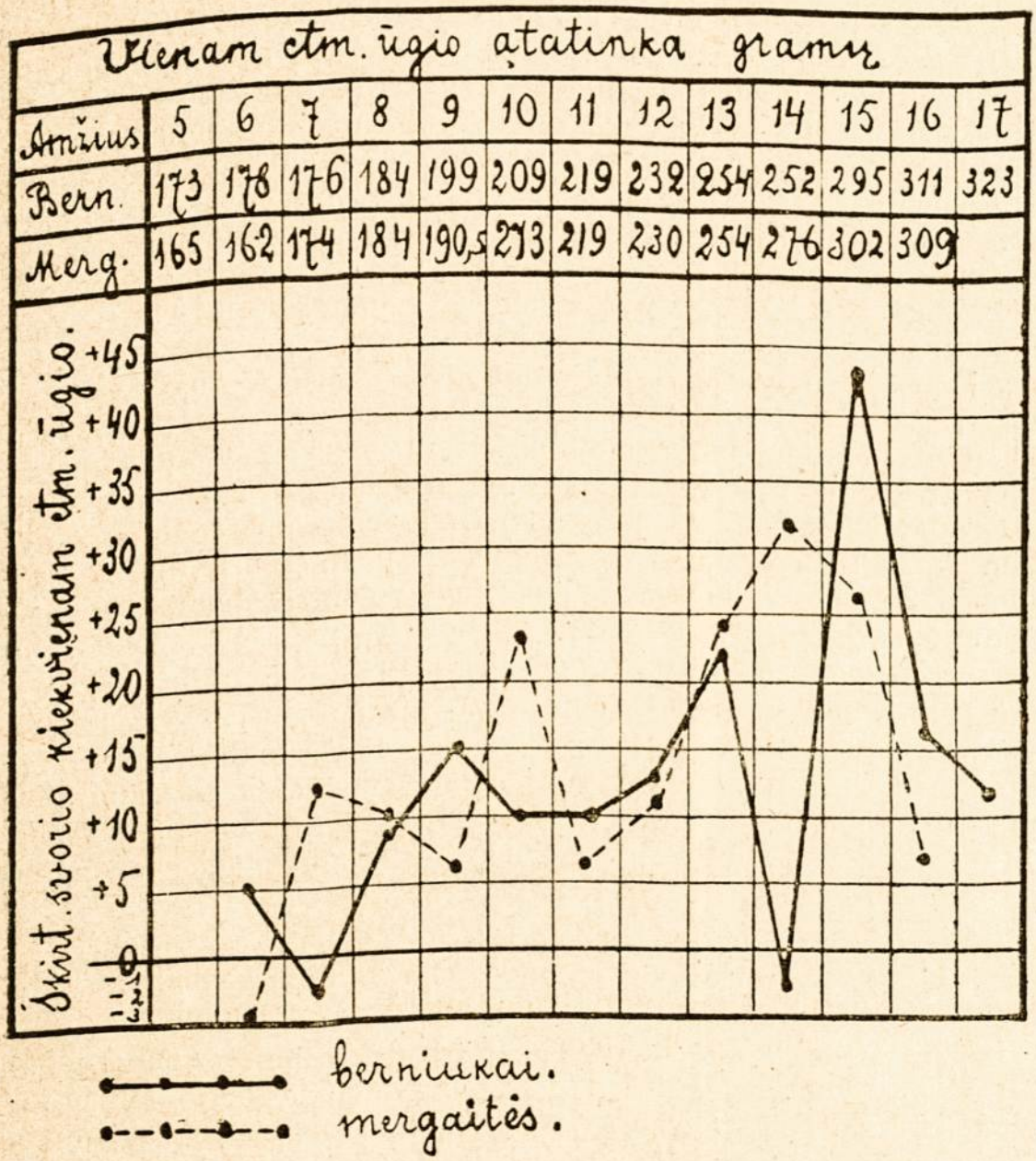
11-oji lentelė.

Mergaitėms artimais mūsų daviniams bus daviniai amerikiečių Gilbert'o ir Smedley'o, būtent:

Autorius	Amžius metais									
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Gilbert	1056	1160	1312	1328	1664	1680	1680	—	—	—
Smedley	1165	1286	1409	1526	1664	1897	2014	2168	2266	2319
Lazersonas. . .	1215	1334	1504	1647	1710	1882	2175	2313	2500	—

IX-oji kreivoji ir 12-oji lentelė.

Svorio priaugimas
(gramais).



13-oji lentelė.

Metinis svorio priaugimas gramais
sienam ūgio santimetrui.

Amžius	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Berniukai	+5	— 2	+ 8	+15	+10	+10	+13	+22	— 2	+43	+16	+12
Mergaitės	—3	+12	+10	+ 6	+23	+ 6	+11	+24	+32	+26	+ 7	—

Tuo būdu mūsų daviniai visur praneša Smedley'o davinius, bendrai imant 5% (dažniausiai 4%).

Įdomiausiomis bus kreivosios Nr. VII ir Nr. VIII; jos vaizduoja palaipsnį fizišką berniukų ir mergaičių vystymąsi. Berniukų ūgis, svoris ir plaučių talpumas vystosi griežtai lygiagrečiai tarp savęs, vienodai svyruodami, t. y. vienodai pakildami ir krisdami; visų šitų matų maksimumas tenka 15 mt. amžiui — vadinasi, lytiško subrendimo metams, kada organizmo aktingumas pasiekia savo maksimumą. Mergaitėse tokio griežto lygiagretiškumo nepastebima, ypačiai gi svorio atžvilgiu. Nors jų kaulai ir gana greitai auga ir 12 metais pasiekia aukščiausio aktingumo, tačiau svorio priaugimas neina lygiagrečiai su juo ir pasiekia savo maksimumą tik 15 mt. amž., gi plaučių talpumas — 14 met. amž. Matyti, mergaičių organizmas augdamas čia pergyvena perturbaciją, surištą su lytišku subrendimu, bet tiksliai nustatyti šitas momentas joms sunkiau negu berniukams. Jei kaipo jų vystymosi maksimumą paimsime aukščiausį plaučių talpumo priaugimą, t. y. 14 metus, vadinasi, metais anksčiau negu berniukų, tai rodytųsi, kad tikras mergaičių organizmo subrendimas tenka tam amžiui; tuo metu, kai kaulai jau aplenkę fiziologišką vystymąsi 2 metais, jųjų svoris dar auga (galimas daiktas, riebalų audinio sąskaiton).

Tatai patvirtina 12-osios lentelės analizė; ji rodo, kiek gramų svorio tenka kiekvienam santimetrui ūgio. Tai yra reliatyvaus svorio lentelė. Gi IX-oji kreivoji ir 13-oji lentelė rodo metinį svorio skirtumą kiekvienam santimetrui ūgio ir vaizdžiai rodo mergaičių ir berniukų svorio vystymosi skirtumą. Pagaliau, 14-oje lentelėj sugretinta: mergaičių ir berniukų ūgis, absoliutus ir reliatyvus svoris bei plaučių talpumas.

Iš jų mes matome štai ką:

1) 8-aisiais metais mergaičių ir berniukų absoliutus ir reliatyvus svoris bei plaučių talpumas tarp savęs sutampa.

2) 10 metais ir mergaitės ir berniukai būna vienodo ūgio, bet metinis mergaičių priaugimas jau pralenkia berniukų priaugimą (žiūr. 2-jąją kreivąją ir 4-ją lentelę); mergaičių absoliutus svoris jau šiek tiek pralenkia berniukų svorį, gi reliatyvus svoris gana žymiai pralenkia berniukų.

3) 11 mt. mergaičių ūgis jau pradeda pralenkti berniukų ūgį, o jų svoris beveik vienodas (28,45 berniukams ir 28.63 mergaitėms) ir absoliučiai ir reliatyviai (219).

4) Paskui, po 15 metų žymiai pralenkdamos berniukus visų matų atžvilgiu, mergaitės pasiekia savo organizmo vystymosi intensyvumo maksimumą 14 metais, kada jos absoliučiai aukštesnės ir absoliučiai bei reliatyviai sunkesnės už berniukus ir jų plaučių talpumas pasiekia maksimumą. Tai, taip tariant, mergaičių organizmo žydėjimas — lytiškas subrendimas; berniukų gi tas subrendimas pasireiškia tik 15 metais.

14-oji lentelė.

Ūgio, svorio ir plaučių talpumo lyginamoji lentelė.

Amž.	Berniukai				Mergaitės			
	Ūgis absoliutus cntm.	Svoris		Plaučių talpumas kub. cntm.	Ūgis absoliutus cntm.	Svoris		Plaučių talpumas kub. cntm.
		absol. klgr.	reliatyvus gr.			absol. klgr.	reliatyvus gr.	
7	111,10	19,53	176	1125	111,42	19.40	174	1000
8	115,67	**21,39**	**184**	**1288**	116,56	**21,58**	**184**	**1215**
9	122.23	24,30	199	1539	121,20	23,76	190,5	1334
10	**127,00**	26,68	**209**	1680	**127,00**	27,00	**213**	1504
11	129,34	**28,45**	**219**	1804	130.57	**28,63**	**219**	1647
12	133,9	31,64	232	1976	137.00	32,38	230	1710
13	138,50	35.21	254	2182	142,10	36,08	254	1882
14	**141,70**	**35,25**	**252**	**2195**	**144,66**	**40,00**	**276**	**2175**
15	152,00	44.92	295	2889	146,50	44,29	302	2313
16	158,00	49,18	311	3416	146,50	45,25	309	2500
17	158,00	53,05	323	3795				

Nors mes ir nenustatėme mūsų mergaičių žydžių menstruacijos pradžios, tačiau, naudodamiesi kitų autorių daviniais, o ypačiai Weissenbergo, kuris laiko tą perijodą — 14 mt. amžiaus, mes, manome, nepaklysime pasakę, kad mūsų mergaičių menstruacija prasideda irgi tame pat amžiuje ir tas visai sutampa su visais išdėstytų analizių daviniais.

Apskritai gi lytiškas subrendimas pareina nuo daugelio kitų priežasčių: nuo oro, nuo rasinių savybių, nuo vietos sąlygų (miesto bei kaimo gyvenimas). Taip, anot Weissenberg'o, pietų kraštų žydės pradeda menstruuoti 14 metais; čia ir oro ir rasinės savybės sutampa; švedėms gi — šiaurių gyventojoms — tas perijodas prasideda 16 mt. amžiuje (Key, Stephenson, Dukes). Didelių miestų mergaitės subręsta anksčiau negu mažų miestų ir miestelių, kur gyvenimas maža kuo skiriasi nuo sodžiaus gyvenimo; pastarųjų, t. y. miestelio ir sodžiaus, sąlygomis subrendimas prasideda vėliau (Schmidt). Apie socialių sąlygų įtaką mes pakalbėsime žemiau.

Kad visos aukščiau nurodytos mūsų vaikų augimo savybės ne pripuolamos, o yra normalūs fiziologiški reiškiniai, aš pasiremsiu kai kuriais autoriais. Štai Bartels'as paduoda šitokį vaikų vystymosi aprašymą: „Normaliomis sveikomis sąlygomis augantieji vaikai, apvalių formų, sukakę 4-ius metus, trumpu laiku pradeda žymiai tįsti aukštyn. Sykiu su tuo jie žymiai sublogsta ir, ligi šiol buvę gražūs, apvalūs, riebūs vaikai, išblykšta ir sudžiūsta. Tai bus pirmasis ūgio pašokimas aukštyn“ (Stre-

ckung) ir žmonės sako — „vaikas ištįso“. Tarp 8 ir 10 metų ir ligi 11 metų amžiaus prasideda antrasis palyginti greito augimo perijodas. Tai antrasis ištįsimo perijodas.“ (Cituota iš Weissenberg'o „Das Wachstum des Menschen“, Stuttgart, 1911, 129 psl.). Štrac'as ir Weissenberg'as, o taip pat Pagliani, skiria šiuos progresiško žmonių vystymosi perijodus:

1) Pirmo pilnumo perijodas;
2) pirmo paūgėjimo aukštyn arba ištįsimo perijodas;
3) sulėtėjusio augimo perijodas;
4) antro augimo aukštyn perijodas — subrendimo perijodas;
5) labai lėto augimo perijodas ir t. t.

„Kadangi kiekvienas perijodas pasižymi ne tik skirtinga augimo energija, bet ir lytiškais skirtumais, tai mes turime juose įžiūrėti ir ypačiai tipingus gyvenimo perijodus, kurių ištyrimas iš fiziškos ir dvasiškos pusės turi būti ypačiai naudingas. Pasisekimai, gauti toje krypty pedagogikos srity, visai pateisina tokią nuomonę“ (Weissenberg).

Iš šitos schemos mus labiausiai įdomauja 2, 3 ir 4 perijodai, kurie liečia kaip tik mokyklos amžių. Antras perijodas yra pirmojo pašokimo ūgio aukštyn perijodas; jis tęsiasi maždaug ligi 6—7 mt. amžiaus; tame perijode vaikai žymiai auga į aukštį, bet užtat plonėja.

Trečiajame perijode, kuris tęsiasi per sekamus 4 metus, nors organizmas dar auga gana intensyviai, bet, sulyginus su pirmaisiais perijodais, jo metinis priaugimas jau aiškiai mažesnis ir lygesnis.

Po to perijodo seka vėl spartus augimas, kuris tęsiasi ligi 17 mt., o mergaitėms ligi 14 mt. amžiaus. Tame perijode jau žymiai pasireiškia abiejų lyčių savybės, surištos su staigiu lytišku brendimu, ir todel tas perijodas ir turi būti vadinamas lytiško subrendimo perijodu Cia padaryti suskirstymai perijodais ne visų autorių yra pripažinti, bet visgi, kas liečia berniukus, tie suskirstymai maž daug atatinka tikrenybę.

Šitas Lietuvos žydų vaikų fiziško vystymosi nagrinėjimas grynai pedologijos atžvilgiu turi atkreipti ypatingo dėmesio mūsų pedagogų, kurie vis dar vadovaujasi senais mokymo principais, visai nesiskaitydami su organizmo savybėmis ir nežiūrėdami į tai, ar gali organizmas pakelti mokymo programą.

Kita vertus, ir bendro (abiejų lyčių) mokymo principas turi būti taikomas liaudies mokyklose labai apgalvotai.

Baigę nagrinėti Lietuvos žydų vaikų ūgio, svorio ir plaučių talpumo davinius, grįšime prie 9-iosios lentelės, kuri rodo normas, kurias turi atatikti mokyklos amžiaus vaikai Vokietijoje: 7 metų berniukai ir mergaitės turi turėti 113,6 cntm. ūgio ir 20,5 klgr. svorio. Gi mūsų 7 metų vaikai turi: berniukai — 111,1 sntm. ūgio ir 19,53 klgr. svorio, o mergaitės — 111,12 cntr. ūgio ir 19,40 klgr. svorio. Tuo būdu jie nepatenkina fiziškų

normų Vokietijos vaikams ir ten jie turėtų būti priskirti prie mokyklai nesubrendusiųjų kategorijos ir nebūtų priimti mokyklon. Jau tas rodo, kad medžiaginės Lietuvos žydų vaikų vystymosi sąlygos neleidžia jiems normaliai vystytis ligi mūsų mokyklos amžiaus. Bet apie tai mes pakalbėsime savo laiku. Tiesa, reikia pažymėti, kad Vokietijos vaikų normos yra paimtos iš prieškarinio laiko.

(Bus daugiau).

Dr. A. Šmukleris,
Kauno m. Valdybos gydytojas.

MOKYKLŲ MEDICINOS VOKIETIJOJE. ORGANIZACIJA*).

Duota man 2 savaičių komandiruotė susipažinti, kaip yra pastatyta mokyklų medicina Vokietijoje, žinoma, buvo per trumpa šitam dalykui išsamiai išstudijuoti, bet buvo pakankama susipažinti su mokyklų medicinos priežiūros organizacija. Gavęs iš Lietuvos Atstovybės Berlyne, remdamasis mano dokumentais, rekomendacijos laišką atatinkamai Berlyno vyriausybei, aš laikiau savo pareiga persistatyti „Hauptgesundheitsamt'o" mokyklų medicinos skyriaus direktoriui d-rui S w e r s'ui, kuris buvo malonus dviejuose ilguose pasikalbėjimuose nušviesti visus mane įdomaujamus klausymus; dėka jo pagelbai, aš netrukus apsipratau su ilgu mokyklų medicinos įstaigų tinklu Berlyne. Jis taip pat nurodė man į turtingą šito dalyko literatūrą, kuri buvo Valstybinėje Bibliotekoje, kur aš galėjau ja pasinaudoti. Susipažinti su mokyklų medicinos darbų eiga dr. S w e r s'as nurodė man rajoninį gydytoją dr. Wo l f 'ą, kuris ir supažindino mane su rajoninio mokyklų gydytojo darbuotės programa.

Berlynas padalintas į 50 mokyklų medicinos rajonų ir aptarnaujamas mokyklų gydytojų dviejų tipų. Vienas tipas — tai „Hauptamt'o" mokyklų gydytojai; šitie gydytojai užsiima išimtinai mokyklų medicina ir užimti kitų tarnybų neturi teisės. Šito tipo gydytojų Berlyne yra 31. Antras tipas — tai „Nebenamt'o" mokyklų gydytojas, kuris mokyklų medicinai skiria mažiau laiko ir turi teisės eiti ir kitas pareigas, pav. „Fürsorgearzt" ir pan.

Abiejų tipų gydytojų darbas vienodas, skirtumas tiktai kietybėje: „Hauptamt'o" mokyklų gydytojo globoje yra apie 10.000 mokinių, gi „Nebenamt'o" globoje jų yra tik apie 3.000. Mokyklų gydytojams padeda 108 asmenys pagelbinio personalo (mokyklų sesers ir mokyklų prižiūrėtojos), kurio dalis taip pat

*) Pranešimas, skaitytas Kauno m. Sanit. gydytojų pasitarime 1924 mt. XII. 2 d.

dirba ir kitose socialinės pagelbos įstaigose. Visi mokyklų gydytojai dirba viena programa ir nurodymais, išdirbtais centro — miesto „Hauptgesundheitsamt'o". Šitie nurodymai, pavadinti „Richtlinien für die Tätigkeit der Schulärzte", išspausdinti 1923 mt. IX. 24 d.; jie skirsto darbus mokyklų gydytojams šitokia programa:

A. Mokyklų apžiūrėjimas.

B. Vad. „Reihenuntersuchungen", t. y. mokinių sveikatos apžiūrėjimas ištisomis grupėmis.

C. Mokyklų medicinos ambulatorija.

D. Kova su infekcinėmis ligomis mokykloje.

E. Specialūs uždaviniai. Čion įeina vaikų parinkimas mokyklų pusryčiams, pasiuntimas sveikatos sustiprinti, patalpinimas silpnai išsivysčiusiu protu vaikų „Hilfsschule'je" (apie kurią kalbėsiu vėliau), paliuosavimas vaikų nuo kai kurių dėstomųjų dalykų, kaip gimnastika, rankdarbiai, dainavimas ir t. t.

Kiekvieną šitų punktų mes išnagrinėsim smulkiau.

A. **Mokyklų apžiūrėjimas.**

Berlyne kiekvienas mokyklų gydytojas privalo 2 syk per metus apžiūrėti visas savo rajono mokyklas. Šitas mokyklų apžiūrėjimas reikalauja: 1) patikrinti sanitariškai-higienišką mokyklų būklę; 2) patikrinti bendrą mokinių sveikatos būklę neapžiūrint atskirai kiekvieno mokinio, bet apvaikščiojant klases (vad. „Klassenbegehungen"); 3) apžiūrėti vad. „Ueberwachungskinder", t. y. tokius vaikus, kurių sveikata reikalinga nuolatimas, gydytojas vadovaujasi bendromis higienos taisyklėmis; kreipia dėmesio į bendrą mokyklos padėtį dulkių, dūmų ir triukšmo atžvilgiu; apžiūrėdamas kiekvieną klasę atskirai, kreipia dėmesio į švarą, kad durys atsidarinėtų iš oro. Ypatingo dėmesio kreipiama į suolus ir į vaikų sėdėjimą juose, perspėti nenormaliam skeleto augimui, ypatingai stuburkaulio iškrypimui; langai turi būti dažnai valomi, nes Nussbaum'o tyrinėjimais rasta, kad dideliuose miestuose nevalytas per 10 dienų langas praleidžia šviesos 45% mažiau, nevalytas gi 4 savaites langas sulaiko iki 80% gaunamos šviesos. Iš to matyti, kad klasių langų valymas reikalingas ypatingo dėmesio. Mokyklų gydytojas turi duoti parėdymą, kad mokiniai su nusilpusiu regėjimu ir klausa sėdėtų atatinkamose vietose; taipogi kreipiama dėmesio į tai, kad mokyklų suolai būtų sustatyti tam tikru atstumu nuo mokytojų stalų, kad pryšaky sėdintieji mokiniai būtų apsaugoti nuo nuolatinio pavojaus vadinamos „Tröpfcheninfektion". Jei mokykla šildoma krosnimis, arti esantieji suolai turi būti atstu nuo jų ne mažiau kaip 80 cm., gi nuo langų ne ma-

žiau kaip 40 cm. Minimali kubatūra asmeniui, pasak mokyklų higienos specialistą prof. v. Drigalskį, 2,25 kb. mtr., gi pageidaujama 4, 5 kub. m. Temperatūra klasėje turi būti 17° C. Gimnastikos sales apžiūrint kreipiama ypatingo dėmesio į ventiliaciją. Apžiūrima mokyklų pirtys, jei tokios yra. Apžiūrint išeinamąsias vietas, kreipiama ypatingo dėmesio į pakankamą vietų skaičių, kurių turi būti viena vieta 40 berniukų ir 25 mergaitėms. Visa tai daroma gydytojo lankant mokyklas.

Baigus sanitarinį apžiūrėjimą, daromas paviršutinis apžiūrėjimas mokinių klasėse, kreipiant dėmesio į bendrą mokinių būklę švaros ir sėdėjimo būdo atžvilgiu, į klasės apšvietimą; čia mokytojas daro paaiškinimų ir kreipia mokyklų gydytojų dėmėsį į jo patėmytus jų mokinių fizinius ir moralius trūkumus. Mokyklų gydytojas dėmisi mokytojo pageidavimus; stengiasi per atatinkamas įstaigas, kiek tai yra reikalinga, patenkinti juos, gi reikalingus ištirti mokinius kviečia savo ambulatorijon. Šitin vadinami „Klassenbegehungen“ turi tikslo bent 1 ar 2 kartu metuose matyti visus mokinius, kad galima būtų patikrinti mokymosi veikimas jiems per ilgesnį laiką, ir išklausyti mokytojo nuomonės del jo mokinių.

B. „Reihenuntersuchungen“.

Be mokyklų lankymo, mokyklų gydytojas privalo daryti vadinamus „Reihenuntersuchungen“, t. y. tirti mokinius grupėmis, kame kiekvienas vaikas yra smulkiai apžiūrimas. Minėti tyrimai daromi įstojant vaikams mokyklon, toliau kas dveji metai ir prieš baigiant mokyklą. Apžiūrėjimas daromas mokykloje ar gydytojo kabinete. Apžiūrėjimo rezultatai pažymimi mokyklų medicinos lapely. Sveriant, vaikai būna tiktai kojinėse ir marškiniuose. Svarstyklės turi būti perijodiškai patikrinamos, uždedant ant jų atatinkamus svarsčius. Matuojamas vaikas stovi žiūrėdamas pirmyn.

Pirmą kartą apžiūrint naujai įstojančius mokinius, kreipiama dėmesio į jų gabumus; vaikai, kurie del nenormalaus fizinio išsivystymo ar bendro nusilpimo, gydytojo manymu, nepajėgia mokyklos darbų, yra pašalinami vieneriems metams; taip pat vaikai, sergą infekcinėmis ligomis, galinčiomis išsiplatinti mokykloje, mokyklon nebepriimami iki galutinai pasveikstant.

Hallės mieste, kur mokyklų medicinos pastatymas laikomas pavyzdingu, naujai įstojančių mokinių apžiūrėjimas daromas prieš priimant mokyklon. Apie tai skelbiama spaudoje, kviečiant tėvus į mokyklų medicinos ambulatoriją dalyvauti vaikus apžiūrint. Tai, be abejojimo, naudinga priemonė, dėka kuriai mokykla pasiliuosuoja nuo fiziškai nenormalių bei ligūs-

tų vaikų. Žinoma, neprileidžiant tokių vaikų prie mokslo, reikalinga atsargiai ir taktingai paaiškinti mokyklos nepriėmimo priežastis tėvams, kurie panašiais atvejais būna labai jautrūs.

Vaikų apžiūrėjimą daro mokytojai, kurie prižiūri tvarkos ir atlieka dalį kanceliarijos darbo.

Tyrimo technika šitokia. — Pirmiausia paaiškinama vaikams, kaip reikia kvėpuoti gydytojui apžiūrint; toliau seka širdies, plaučių auskultacija, apžiūrėjimas burnos, akių, ausų. Vaikai, sergą akių ir ausų ligomis, silpnaregiai ir apkurtę, siunčiami į atatinkamą specialistą, kurio pranešimo rezultatai yra įtraukiami į mokyklų medicinos lapelį. Taip pat vaikai, kurių dantys reikalingi gydymo, siunčiami į mokyklų dantų poliklinikas; tokių poliklinikų Berlyne yra 17, kuriose dirba 39 dantų gydytojai. Sudėtingesniems tyrimams, reikalui esant, mokiniai kviečiami mokyklų medicinos ambulatorijon. Medicinos apžiūrėjimas naujai įstojančių mokinių turi būti atliktas per 4 savaites nuo mokslo metų pradžios. Vaikai, linkę tuberkuliozei, skrofulingi arba sergą kitomis ligomis, reikalingomis perijodiškos gydytojo priežiūros, arba gydytojų specialistų gydomi, yra vadinami „Ueberwachungskinder“; jų lapeliai viršuje pažymimi raide „U“. Šitie lapeliai laikomi atskirai; vaikai gi, priešingai kitiems, yra du syk per metus mokyklų gydytojo apžiūrimi aukščiau pažymėtais mokyklų gydytojų apsilankymais. Reikalui esant, pranešama spausdintais blankais tėvams apie jų vaikų ligas, arba tėvai kviečiami į mokyklų medicinos kabinėtą gauti iš mokyklų gydytojo patarimų ir nurodymų. Paskutinį kartą apžiūrint baigiančius mokyklą mokinius, be nustatyto perijodiško tyrimo, Berlyno mokyklos gydytojas turi padaryti savo išvadas del tinkamumo baigiančiojo mokyklą tai ar kitai profesijai. Šita išvada pažymima tam tikrai atspausdintuose blankuose, išleistuose „Berufsamt'o“ Berlyne; šitoje vietoje gydytojas privalo nurodyti, ar gali minimas asmuo užsiimti bet kuria profesija, ar rekomenduojama kai kurį laiką dar palaukti, ir nuo kurios profesijos išstojas yra perspėjamas. Tokios organizacijos tikslas apsaugoti paaugančią, linkusią kai kurioms ligoms jaunuomenę, nuo pasirinkimo profesijų, kurių atlikimas gali pakenkti silpnai sveikatai. Be gydytojo pažymėjimo, padaro trumpą išstojančio mokinio charakteristiką tame pat blanke ir mokytojas.

C. **Mokyklų medicinos ambulatorija.**

Berlyno mokyklų gydytojai privalo mažiausiai du syk savaitėje priiminėti mokyklų ambulatorijose mokinius ir jų tėvus. Gydytojo veikimas čia grynai konsultatyvis; vaikai čia negydomi. Klausymas, ar vaikus privalo gydyti mokyklų gy-

dytojai, ilgą laiką buvo diskutuojamas ir ginčijamas; dabar jis yra išspręstas didesnėje dalyje kultūringų šalių ta prasme, kad mokyklų gydytojo užduotis yra ne gydymas jam pavestų vaikų, bet perspėjimas išsivystymo vaikuose ligų ir pažinimas jų savo laiku; gi mokinių gydymas lieka kitų praktikuojančių gydytojų rankose. Beturčių vaikai yra siunčiami į universitetų poliklinikas arba į „Armenarzt'ą". Išimtį sudaro tiktai užkrečiamosios ligos, galinčios išsiplatinti mokykloje, k. a. trachoma, scabies, pediculosis ir kt.; be to, gydymas dantų taip pat įeina į mokyklų dantų gydytojo pareigas. Šitam priėmimui mokyklų ambulatorijose vyksta vaikai, siunčiami prie gydytojo mokytojų ar jų tėvų, arba vaikai, kurie turi būti smulkiai ištiriami, k. a.: ištyrimas jų kraujo, šlapimo, Pirquet'o reakcijos. Čionai atvyksta mokinių tėvai, kviečiami gydytojo pasikalbėti del jų vaikų sveikatos. Rekonvalescentų po infekcinių ligų sveikatos nustatymas del įleidimo mokyklon, paliuosavimas nuo kai kurių dėstomųjų dalykų daroma čia pat.

Tame darbe gydytojui padeda mokyklų gail. sesuo. Svarbiausia mokyklų gailestingosios sesers pereiga sekti, kad visi mokyklų gydytojų patarimai bei nurodymai, duodami vaikams ir jų tėvams, būtų vykinami. Mokyklų gail. sesuo, esant reikalui, aplanko mokinius butuose, duoda nurodymų mažo inteligentiškumo motinoms, kaip reikia saugoti vaikų sveikata, prisideda prie pagerinimo higieniškų butų sąlygų, išaiškina tėvams reikalingumą pildyti gydytojo patarimus. Motinai susirgus ar del kai kurių kitų priežasčių negalint rūpintis susirgusiu vaiku, gail. sesuo nugabena pastarąjį į mokyklos gydytoją ar į kitą kurią mokyklų medicinos įstaigą. Kovoje su utėlėmis mokyklų gail. sesers pagelba taip pat yra reikalinga. Mokyklų gail. sesuo padeda gydytojui priiminėti mokinius, taip pat atlieka ir kanceliarijos darbą. Žodžiu, mokyklų gail. sesers, kaipo tarpininkės tarp mokyklų gydytojų ir mokinio tėvų, darbas gali būti vispusiškai ir labai naudingas, ypačiai mūsų aplinkybėmis, kai liaudies mokyklų mokinių tėvų dauguma negali pasigirti savo, nors elementarišku, higienos pažinimu. Spausdinti atsišaukimai, lapelių ar brošiūrų pavidalo, negali pavaduoti gyvojo žodžio arba asmeninės įtakos. Aš pats, kelis kartus dalyvavęs priiminėjant Vokietijos mokyklų medicinos ambulatorijose, įsitikrinau, kad jos labai lankomos ir kad motinos, didžiai susidomavusios, klauso gydytojų patarimų.

D. Kova su infekcinėmis ligomis mokykloje.

Vienu svarbiausiu mokyklos gydytojo uždaviniu yra perspėti užkrečiamųjų ligų platinimasis mokykloje. Šitam tikslui pasiekti Prūsų Ministerijos yra išleistas įstatymas, pavadintas *„Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krank-*

heiten durch die Schule", t. y. Prūsijoje veikiantieji nurodymai užkrečiamuių ligų platinimuisi per mokyklas perspėti:

§ 1. Mokyklų administracija privalo dėti pastangų perspėti užkrečiamųjų ligų platinimąsi per mokyklas; joms gi pasirodžius, imtis šitokių, liečiančių mokyklas, priemonių.

§ 2. Kreipti ypatingo dėmesio, kad visiškai švariai būtų laikomos mokyklų aikštės, šuliniai, išvietės. Klasių kambariai turi būti kasdien šluojami ir grindys bent 2 syk savaitėje plaunamos. Pertraukų ir liuosu nuo pamokų metu kambariai privalo būti vėdinami, o žiemos metu tinkamai kūrenami. Išvietės reikalinga reguliariai valyti ir dezinfekuoti. Bent 3 kart metuose reikalinga atlikti pagrindinis mokyklos buto ir kiemo valymas. Taip pat nustatytais laiko tarpais bakteriologiškai valyti šulinių vanduo.

§ 3. Ligos, reikalingos dėliai jų užkrečiamojo būdo tam tikrų parėdymų, šios:

a) Lepra, cholera (Azijos), difteritas, dėmėtoji šiltinė, epidemiškasis meningitas, maras, raupai, typhus recurrens, dyzenterija, škarlatina ir vidurių šiltinė;

b) favus, kokliušas, trachoma, scabies, plaučių bei kvėpuojamosios gerklės tuberkuliozė (kol skrepliuose randama tuberkuliozinių bacilų), tymai, pragaro rauplės (anthrax), rubeola, įnosės (malleus), pasiutimas, parotitas, vėjarauplės.

§ 4. Mokytojai ir mokiniai, sergą 3 §-e nurodytomis ligomis (trachomai esant pūliavimo stadijoje), negali lankyti mokyklų; taip pat ir asmens, pas kuriuos sulig ligos simptomais galima įtarti esant leprą, cholerą, dėmėtąją šiltinę, raupus, pragaro rauples, typhus recurrens ar vidurių šiltinę. Rajoninės policijos pareiga, sužinojus apie mokytojo ar mokinių susirgimą 3 §-e pažymėtomis ligomis, tuč tuojau pranešti tai mokyklos vedėjui. Mokytojas ar mokinys, susirgę 3 §-e nurodytomis ligomis, taip pat privalo tuč tuojau tai pranešti mokyklos vedėjui.

§ 5. Sveiki mokytojai ar mokiniai, kurių butuose randasi sergąs viena 3 §-e paminėtų ligų, negali lankyti mokyklos, kol jie gali tas ligas išplatinti. Rajoninė policija privalo tai pranešti mokyklos vedėjui, kad tokie asmens būtų neįleidžiami mokyklon. Tokios mokyklos administracijos pareiga pasirūpinti, kad neįleidžiami mokyklon vaikai neturėtų santykių su kitais vaikais gatvėse ar aikštėse. Mokytojai ir mokiniai turi būti perspėti, kad nelankytų butų, kuriuose randasi sergantieji 3 §-e nurodytomis ligomis ar lavonai asmenų, pasimirusių nuo šitų ligų.

Draudžiama mokiniams lydėti lavonai į kapus.

§ 6. Mokyklos lankymas leidžiamas:

a) minėtiems 4 §-e asmenims, jei gydytojo yra nustaty-

ta, kad užkrėtimo pavojus yra praėjęs, ar jei yra pasibaigęs tam tikras tai ligai laikas. Raupams ir škarlatinai paprastai skaitoma 6 savaitės, tymams ir rubeolai — 4 savaitės. Reikalinga kreipti dėmesio, kad susirgusieji, prieš lankant mokyklą, būtų išmaudomi, o jų drabužiai, baltiniai ir daiktai dezinfekuojami.

§ 7. Ištikus mokykloje susirgimui difteritu, patariama visiems, turėjusiems bent kokių ryšių su susirgusiuoju, apsisaugojimui nuo užsikrėtimo, įskiepyti vakcina.

§ 8. Pastebėjus mokykloje difterito, epidemiškojo meningito ar škarlatinos susirgimą, patariama visiems, turėjusiems bet kurių santykių su susirgusiu, kasdien plauti gerklė ir nosis dezinfekuojamuoju skystimu.

§ 9. Mokiniai, sergą trachoma, kol dar nėra pasireiškęs traiškanavimas, gali lankyti mokyklą, bet privalo sėdėti tam tikru atstu nuo sveikų mokinių ir jokių su jais santykių neturėti.

§ 10. Kreipiama dėmesio, kad mokytojai ar mokiniai, susirgę įtartinais plaučių ar kvėpavimo gerklės tuberkuliozės simptomais (nuvargimas, suliesėjimas, išblyškimas, lengvas kosulys, skrepliavimas), kreiptųsi į gydytoją skrepliams ištirti.

Parūpinti, kad patogiose vietose pakankamu skaičiumi būtų pastatytos pripildytos vandens spiaudyklės. Spiaudyti ant grindų koridoriuose, ant laiptų ir kieme draudžiama; prasižengusieji vaikai, esant reikalui, baudžiami.

§ 11. Ištikus mokykloje rauplių susirgimui, asmenims, turėjusiems bet kurių santykių su susirgusiuoju, jeigu jie nėra dar sirgę rauplėmis ar jei per 5 metus nebuvo sėkmingai įskiepyti, patariama būtinai įsiskiepyti rauplės.

§ 12. Jei kas nors iš gyvenančių mokyklos bute asmenų susirgtų lepra, cholera, difteritu, parotitu, epidem. meningitu, kokliušu, tymais, dėmėtąja šiltine, maru, rauplėmis, rubeola, pragaro rauplėmis, typhus'u recurrens'u, dyzenterija, škarlatina ar vidurių šiltine, arba įtartinais raupsų (lepra), choleros, demėtosios šiltinės, maro, rauplių, pragaro rauplių, recurrens'o ar vidurių šiltinės simptomais, mokykla turi būti tuojau uždaryta, jei, gydytojo nuomone, susirgęs asmuo negali būti tinkamai izoliuotas arba išvežtas ligoninėn ar kiton atatinkamon vieton. Parėdymą uždaryti aukštesniąją mokyklą ar mokytojų seminariją duoda mokyklos direktorius, gi žemesniąją mokyklą miestuose — burmistras. Prieš uždarant mokyklą turi būti išklausyta dėliai to miesto ar apskrities gydytojo nuomonė.

§ 13. Jei viena 12 §-e išvardintų ligų pasirodytų internate ar pansijone, tai susirgęs asmuo reikalinga neatidėliojant izoliuoti ar pasiųsti ligoninėn. Internatas uždaromas tik išimtinais atvejais, esant pavojui ligai išsiplatinti. Sergant ar persir-

gus ligą, internato vedėjui patariama išleisti iš internato trumpam ar ilgesniam laikui tik tokie auklėtiniai, kurių ekskrecijose nesurasta šitos ligos platintojų.

§ 14. Kad išvardinti įstatų 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ir 11 12 §§-ai būtų pildomi, yra atsakomingas mokyklos vedėjas, vienklasėje mokykloje mokytojas. Paminėtais 12 §-e atvejais mokyklos vedėjas privalo neatidėliojant pranešti tai asmeniui, kuris yra kompetentingas duoti parėdymą uždaryti mokyklą.

§ 15. Vietose, kur siaučia choleros, difterito, dėm. šiltinės, epid. meningito, kokliušo, tymų, paratifo, maro, raupų, rubeolos, typhus recurrens'o, dyzenterijos, škarlatinos ar vidurių šiltinės epidemija, galima kelti klausymas, kad mokykla ar jos atskiros klasės būtų uždarytos. Pranešus miesto gydytojui, mokyklų vyresnybė sprendžia šitą dalyką. Jei parėdymas mokyklą uždaryti gali pavėluoti, mokyklos vedėjas, remdamasis gydytojo liudymu, gali duoti parėdymą laikinai mokyklą uždaryti, bet tuč tuojau privalo tai pranešti atatinkamai vyresnybei.

§ 16. Uždarytai dėliai užkrečiamosios ligos išsiplatinimo pavojaus mokyklai parėdymą atidaryti duoda nurodytas 12 §-e asmuo, remdamasis miesto gydytojo pranešimu.

Visi mokyklos kambariai, prieš atidarant mokyklą, turi būti gerai išvalyti ir dezinfekuoti.

§ 17. Šitos taisyklės taikintinos taip pat visiems auklėjimo namams, vaikų darželiams, prieglaudoms ir kitoms panašioms įstaigoms.

§ 18. Dėstant mokyklose gamtos dalykus ar atsitikus kuriai kitai progai, rekomenduojama išaiškinti vaikams užkrečiamųjų ligų reikšmė, apsisaugojimo bei kovos būdai, gi mokinių tėvai pritraukti prie bendro darbo mokyklose bei palaikymo aukščiau minėtų priemonių.

(pasirašė) H o l l e. Švietimo ir medicinos reikalų minist. Berlynas.

Kovos su užkrečiamųjų ligų platinimusi organizacijos Hallės mieste sistema šitokia.

Mokyklos vedėjas, remiantis aukščiau nurodytu įstatymu, gauna iš policijos žinių apie mokinių susirgimus; šitos žinios, lygiai kaip ir žinios, gaunamos apie vaiko ligą iš mokinio tėvų, taip pat žinios klasės mokytojų, įtariančios ar surandančios infekcinę ligą pas mokinį, vedėjo siunčiamos mokyklos gydytojui. Šita tvarka yra privaloma mokyklos vedėjui.

Tuo būdu visos infekcinės ligos, lygiai kaip ir įtartinos, registruojamos mokyklos gydytojo, kuris gali lengvai susekti besivystančią mokykloje ar klasėje epidemiją ir griebtis savo laiku atatinkamų priemonių. Iš to aišku, kad mokytojas pats

turi dalyvauti kovoje su infekcinėmis ligomis ir sekti nors tik įtartinus bet kuria liga susirgusius mokyklą lankančius mokinius, pranešdamas per direktorių mokyklos gydytojui. Šitam tikslui pasiekti reikalinga mokytojai, nors paviršutiniškai, supažindinti su dažniau atsitinkančiomis infekcinėmis ligomis ir su jų pažinimo būdu. Surengimas lekcijų bei pasikalbėjimų elementarinės higienos ir epidemiotologijos klausymais liaudies mokytojams gali būti labai naudinga tam, kad mokytojas, kaipo stovįs arti mokinių asmuo, galėtų padėti kovoje su platinimusi mokinių tarpe infekcinių ligų. Susirgusieji užkrečiamąja liga mokiniai, ligai praėjus, gali lankyti mokyklą tiktai apžiūrėjus juos gydytojui, kuris turi pareikšti nuomonę, ar rekonvalescentai gali įnešti mokyklon infekciją. Remiantis gydytojo nuomone daromas lapely pažymėjimas „schulfähig" ar „schulunfähig". Tiktai pirmutinieji leidžiami mokyklon.

Dėka tam „Schulmeldephlicht", t. y. būtinam registravimui visų aukščiau minėtų žinių, mokyklų gydytojui yra žinomos ne tiktai tos infekcinės ligos, apie kurias yra pranešta lankančio ligonį gydytojo, bet ir tos, apie kurias nėra pranešta del to, kad ligonis nebuvo kvietęs gydytojo ar kad šita liga nereikalinga pranešimo, kame ir pasireiškia Hallės miesto sistemos pranašumas prieš kitas sistemas, kuriomis mokyklų gydytojas gauna žinių tiktai iš oficialių įstaigų, k. a., iš sanitarinės policijos ir p.

Atskiros priemonės kovai su kiekviena liga pareina nuo ligos pobūdžio ir yra nurodytos aukščiau minėtuose įstatymuose. Kova su tuberkulioze įeina į kompetenciją „Fürsorgestelle", kur ir siunčiami atatinkami vaikai. Mokyklų gydytojų pareiga yra tokių vaikų parinkti. Taip pat reikalinga kreipti dėmėsio į mokytojus, kuriems susirgus t. b. c., yra didelio pavojaus apkrėsti vaikus, ypač sėdinčius pryšakiniuose suoluose. Mokytojai su atvira tuberkulioze neprivalo turėti kontakto su mokykla.

Kreipiama reikiamo dėmesio taip pat į socialines ligas, kaip antai: alkoholizmas, veneros ligos, smarkus rūkymas, ir ypačiai lyties klausymą, kas yra labai svarbu paaugančiai jaunuomenei. Šitam tikslui mokyklos gydytojas baigiantiems mokyklą mokiniams daro pranešimų, paaiškindamas šitų nelaimių pasekmes ir būdus joms perspėti. Turint galvoje kai kurių klausymų konfidencialų pobūdį, Hallės mieste reikalaujamas raštiškas tėvų sutikimas įsileisti vaikus į šituos pasikalbėjimus. Ten taip pat rengiami vad. „Mutterabende", kame mokyklos gydytojas daro pasikalbėjimų su motinomis vaikų sveikatos bei auklėjimo klausymais.

Keletas žodžių apie tuberkuliozininkų ar tuberkuliozei linkusių vaikų globojimą. Tokių vaikų suradimas, perijodiškai

mokinius apžiūrinėjant ambulatorijose, yra mokyklų gydytojo pareiga. Visi silpni, mažakraujingi ir skrofulingi vaikai yra rūpestingai apžiūrimi; esant įtarimui tbc. ar lues'ui, mokinių tėvai taip pat šaukiami ambulatorijon ištirti. Sergantieji tuberkulioze ar prie jo linkusieji vaikai atskiriami ir perduodami tuberkuliozi niam dispanserui globoti. Tokių įstaigų Berlyne yra 24 su 40 gydytojų ir 63 gail. seserimis („Fürsorgeschwester"). Daugumas šitų dispanserų turi rentgeno aparatus. Dispanserų pareiga yra taip pat gerinti sanitarines butų sąlygas; toliau, nesunkiais susirgimais pagerinti maistas, vidutiniškai sunkiais susirgimais vaikai siųsti į vaikų kolonijas ar miškų mokyklas, sunkiai susirgusieji talpinami sanatorijosna ir ligoninėsna. Be to, Berlyne yra viena ambulatorija, skirta specialiai chirurgine tuberkulioze sergantiems mokiniams su įrengimais gydyti saule. Šitų įstaigų tikslas sustiprinti augantį mokinių organizmą.

Bet sugrįžę iš kolonijų ar vasarnamių vaikai, kurių tėvų dauguma beturčiai, vėl atsiduria blogose sanitarinėse sąlygose. Būna nemaža atsitikimų, kad sugrįžęs iš kolonijos ar sanatorijos vaikas turi ne tiktai gyventi viename kambaryj su tuberkuliozikais tėvais, bet dar jam tenka miegoti vienoje lovoje su sergančiu tėvu ar motina ir jis vėl patenka į nuolatinį infekcijos pavojų. Aišku, kad tokiose aplinkybėse įgytas kolonijoje ar sanatorijoje vaiko sveikatos pagerėjimas ilgai nejaučiamas. Tokiems atsitikimams Hallės m. magistrato yra įrengti vadinami „Schlafpavillon'ai" — mokyklų vaikams miegamieji barakai. Mokiniai talpinami minėton įstaigos gydytojo, remiantis mokyklos gail. sesers apžiūrėjimu ir ištyrimu mokinių buto. Į minėtus barakus siunčiami ne tiktai grįžtantieji iš kolonijų, bet ir bendrai linkusieji prie tuberkuliozės mokiniai, gyvenantieji ankštuose butuose su sergančiais tėvais. Dieną, kada ankštumas mažiausiai jaučiamas, vaikai esti mokykloje; po piet vaikai grįžta namon, bet šituo laiku ankštumas yra labiausiai jaučiamas, nes suaugusieji yra grįžę iš darbų. Tokie vaikai ir yra paimami į „Schlafpavillon'us." Iš ryto jie gauna pusryčius ir eina mokyklon; pasibaigus pamokoms mokykloje, vaikai pietauja namie, o vakarop grįžta į miegamuosius pavilionus. Tuo būdu sveiki vaikai, kiek galima, izoliuojami nuo sergančių tėvų, o vaikai, grįžtantieji iš kolonijų, talpinami bent pakenčiamose sąlygose.

Šiek tiek geresniais atvejais, kai ligonis turi bent atskirą sau lovą ar kambarį, rūpinamasi, kad butas dažniau būtų dezinfekuojamas. Nors visa tai aprūpinti yra pareiga „Fürsorgestelle", visgi mokyklų gydytojas, liečiančiais mokinius klausymais, privalo padėti įgyvendinti priemones, reikalingas mokinio sveikatai apsaugoti.

E. „Erholungsfürsorge."

Dabar panagrinėsime klausymą vadinamo „Erholungsfürsorge", tai yra susipažinsim su tais galimumais, kuriuos turi Berlyno mokyklų gydytojai sustiprinti sveikatai mokinių, kurie to yra reikalingi. Visos šitam tikslui esančios Berlyne įstaigos padalintos į: 1) Offene Erholungsfürsorge, II) Geschlossene Erholungsfürsorge, III) Kur-und Heilfürsorge.

I. „Offene Erholungsfürsorge".

Šitoms įstaigoms priklauso: 1) miškų mokyklos, 2) žaidimų aikštelės), 3) vad. „Landpflegestelle", 4) „Ferienkolonien" ir 5) sportas, „schulwanderungen", oro bei saulės tynės.

Berlyne yra viena miškų mokykla ir daugelis žaidimų aikštelių. Miškų mokyklos tikslas mokinti vaikus gryname laisvame nuo dulkių ore. Tokiai mokyklai įrengti reikalinga daug vietos judėjimams, keletas medinių barakų su didele oro kubatūra pamokoms, ištikus blogam lietingam orui. Kai kuriose Vokietijos vietose, prijungus miegamuosius kambarius, šitos miškų mokyklos paverčiamos į mokyklas sanatorijas: tuo būdu norima atsiekti, kad siunčiami į minėtas mokyklas sanatorijas vaikai, esant buto infekcijai, būtų nuo jos apsaugoti. Parinkimą vaikų į miškų mokyklas ir aikšteles atlieka mokyklų gydytojas, mokytojo padedamas. Čion siunčiami vaikai, kuriems nors negresia pavojus rimtai susirgti, bet kuriems gyvenimas tyrame ore yra labai pageidaujamas ir naudingas ir kurių socialinės sąlygos gali labai pakenkti sveikatai.

Žodžiu „Landpflegestelle" suprantamas siuntimas mokinių į kaimus, pas privačius asmenis. Tam skiriami reikalingi tiktai sveikatos sustiprinimo, mažakraujingi, blogai maitinami, bet ne rimtai sergantieji vaikai, nes turima galvoje tai, kad kaime sunku pasiekti gydytojas ir kad gyvendami kaime vaikai privalo dirbti lengvus lauko darbus; pastarosios priežasties dėliai vaikai turi būti ne jaunesni kaip 12 metų amžiaus.

Visoms minėtoms įstaigoms laikyti lėšų gaunama iš labdaringų draugijų, k. a.: „Verein der Berliner Ferienkolonien" bei kitų, taip pat iš magistrato skiriamų subsidijų.

Pakankamai rūpinamasi ir sportu. Vokietijoj ir ypač Berlyne labai populiari sporto rūšis, vadinamas „Schulwanderungen", t. y. pasivaikščiojimai, kurie tęsiasi kartais net per kelias dienas, kas labai naudinga fizinio vaikų vystymosi atžvilgiu. Berlyne randasi net „Zentralverein für Schulwanderungen", kurios pirmininku yra prof. M e j e r'is. Dalyvaujantieji visose sporto rūšyse, kaip pasivaikščiojimas, maudymasis bei plaukiojimas ūpėse, mokiniai pirma to yra gydytojo ištiriami. Vasaros metu, gydytojo nuožiūra parinkti vaikai gali taip pat naudotis mieste įrengtomis saulės bei oro tynėmis.

II. „Geschlossene Erholungsfürsorge“.

Čion siunčiami vaikai, kurie fizinio silpnumo dėliai negali naudotis aukščiau išvardintomis įstaigomis, bet ir nėra reikalingi gydymo ligoninėse, t. y. norš ir nesergantieji sunkiomis ligomis, bet kurių nusilpimas yra pasiekęs aukšto laipsnio. Yra tai savo rūšies uždaros sanatorijos, esančios negydytojo globoje. Žinoma, šitas įstaigas periodiškai lanko gydytojas patikrinti, ar vaikai tinkamai maitinami.

III. „Kur - und Heilfürsorge“.

Yra tai gydytojų vedamos įstaigos, pasižyminčios ar klimatu (jūra, kalnai) ar kokiais nors mineraliniais šaltiniais. Čion siunčiami sunkiai susirgusieji ir reikalingi specialaus gydymo mokiniai. Mokyklų gydytojo uždavinys — suskirstyti mokinius atatinkamai jų organizmo reikalavimams. Berlyne vaikų suskirstymo technika šitokia: Mokyklos vedėjas paruošia visų reikalingų siųsti mokinių sąrašą. Sąrašas sustatomas remiantis žiniomis, gautomis iš; 1) mokyklų gydytojo ir mokyklų gail. sesers, kurie remdamiesi vaikų ištyrimu, pristato minimiems sąrašams kandidatų; 2) mokyklos mokytojo, ir 3) „Bezirksfürsorgerinen“.

Prasidedant mokslo metams, pažymėti lapeliuose mokiniai yra gydytojų ištiriami jų pasiuntimo reikalingumui nustatyti; gydytojas taip pat turi išsitarti, ar vaikas reikalingas tiktai „Erholungsfürsorge“ ar jis turi būti siunčiamas į vieną „Kur-und Heilstelle“. Pirmu atveju gydytojas privalo nurodyti reikalingumo siųsti laipsnį ir išreikšti žodžiais: a) „dringend notwendig, b) „notwendig“, c) „erholungsbedürfig, aber zu Verschikungs aus öffentl. Mittel nicht unbedingt erforderlich“.

Pirmųjų dviejų grupių kandidatai gali būti siunčiami į aukščiau minėtas uždaras įstaigas, vaikų kolonijas ir „Landpflegestelle“, Parenkant vieną iš tų įstaigų, vadovaujamasi aukščiau minėtais nurodymais. Trečiosios grupės kandidatai gali būti siunčiami į žaidimo aikštelės ar į miškų mokyklas. Jie turi teisės naudotis saulės ir oro tynėmis.

Sergantieji užkrečiamomis plaukų ar odos bei veneros ligomis mokiniai nesiunčiami į „Kuraustellen“; taip pat nesiunčiami į „Erholungsfürsorge“ vaikai, sergantieji, be veneros ligų, dar psichinėmis ligomis ir nesulaikantieji nakties metu šlapimo. Šituo būdu mokyklų gydytojų parinkti mokiniai turi teisės būti pasiųsti. Siunčia juos magistratas ar labdaringos draugijos, kurios, pareikalavusios, taip pat gauna motyvuotus minėtų mokinių sąrašus. Šitie sąrašai turi būti perduoti magistrato specialinei komisijai apsvarstyti. Komisija daro nutarimą del mokesčio dydžio kelionės išlaidoms padengti, kurį privalo mokinių tėvai sumokėti; komisija gali juos paliuosuoti nuo

šito mokesčio. Mokinių siuntimo bendra priežiūra priklauso „Gesundheitsamt'ui." Prieš išsiunčiant, vaikai yra matuojami ir sveriami vienmarškiniai ir tik kojinėse. Grįžusieji iš „Erholungsfürsorge" įstaigų vaikai pavedami mokyklų gail. seselei, kuri juos vėl matuoja ir sveria, ir rezultatus pažymi tame pat lape. Šitų vaikų sveikata kontroliuojama gydytojo bendrai mokyklas apžiūrint. Grįžusieji iš „Kurheilfürsorge" įstaigų vaikai perduodami mokyklos gydytojui gydymo pasekmėms patikrinti.

Ligos, kuriomis mokyklų gydytojas pamatuoja vaikų siuntimą į „Kuranstalt", yra šios:

1) Sunkus kūdikio maitinimo ir produktingumo sutrikimas; tokie vaikai siunčiami gydytis 6 savaitėms.

2) Vad. „Konstitutionelle Kinderwertigkeit", t. y. palinkimas dažnai susirgti plaučių ir žarnų sloga; gydymo laikas iki 8 savaičių.

3) Pasekmės sunkių susirgimų, k. a.: vidurių šiltinės, plaučių uždegimo, sunkių operacijų; po škarlatinos ne anksčiau kaip po 8 savaičių nuo ligos pradžios; difterito atsitikimu po dviejų neigiamų tepinėlių. Gydymo laikas — 4 savaitės.

4) Plaučių ligos (išskiriant tbc.), asthma, chroniškasis bronchitas, kokliušo atsitikimu ne anksčiau kaip po 60 dienų nuo pirmojo priepuolio. Laikas buvimo įstaigoje — 3 mėnesiai. Pageidaujamas kalnų oras.

5) Aktyvi tuberkuliozė. Tokie mokiniai siunčiami į tbc. „Fürsorgestelle" ištirti. Vaikai, turį palinkimo prie tuberkuliozės, vaikai su inaktyvia, slapta, be klinikos simptomų, tuberkulioze, siunčiami tiktai į „Erholungsfürsorge" įstaigas. Gydytini vaikai su patinusiomis bronchinėmis liaukomis, esant klinikos simptomams ir pozityviam Pirquet'ui; toliau, vaikai su chroniškai patinusiomis kaklo liaukomis, su fistulomis, išskiriant susirgimus limfiško pobūdžio; su chroniškai pasikartojančiomis fliktenomis, ir galop, su plaučių tuberkolioze, esant kliniškiems simptomams. Gydymo laikas nuo 2 iki 3 mėnesių. Vaikai, turį chirurginę tuberkuliozę (kaulų ir sąnarių), siunčiami į specialines tbc. ambulatorijas.

6) Sunkūs nervų sutrikimai; gydymo laikas 8 savaitės.

7) Sunkus rachitas ir anemija su hemoglobinu sulig Sahli žemiau kaip 50; gydymo laikas — 2—3 savaitės.

Be paskyrimo vaikų išsiųsti, mokyklų gydytojo pareiga parinkti vaikus vad. „Schulspeisung", t. y. mokyklų pusryčiams. Šitas maitinimas įvestas visoje Vokietijoje. Kad šitas labai naudingas darbas tinkamai suorganizuotas, didelis nuopelnas priklauso Amerikos Draugijai „Kinderhilfsunion der religiosen Gesellschaft der Freunde (Quaker) von Amerika". Šita draugija, kurios lėšos susidaro iš labdaringų Amerikos filantropų mokesčių, praplatino savo veikimą daugybėje Europos

šalių, nukentėjusių nuo karo. 1922 mt. 1. 3 d. ji yra perdavusi šito labdaringo darbo vedimą vietos vyriausybei bei visuomenės organizacijoms, bet šitų kvekerių nedidelė grupė pasiliko kaipo patarėjai. Nuo šito laiko vaikų maitinimo vadovavimas Vokietijoje pavesta „Der Ausschuss für Kinderspeisung“, pirmininkaujant slaptajam patarėjui d-rui B o s e. Minėtas „Ausschuss“ sudarytas iš Amerikos labdarių atstovų, valstybinių bei visuomenės organizacijų atstovų ir gydytojų bei mokytojų atstovų. Veikiant šitai Valdybai buvo sudarytas „Aerztlicher Bereit“, t. y. gydytojų taryba, pirmininkaujant autoritetingam prof. Č e r n y, Berlyno universiteto vaikų klinikos direktoriui. Šitos organizacijos tikslas — primaitinti visus Vokietijos vaikus ne tiktai mokyklose, bet ir miškų sanatorijose, ligoninėse ir kolonijose.

Parinkti, gydytojui padedant, vaikai mokyklose gauna iš ryto po ¼ litro pieno ir vieną bandelę, vad. „Milchfrüstück“. Pieno pusryčiams parenkami ligūsti, blogo mitimo, mažakraujingi ir beturčiai vaikai. Šitiems vaikams parinkti yra išdirbtos aukščiau minėtos gydytojų tarybos tam tikros taisyklės. Einant šitomis taisyklėmis technika parinkimo vaikų primaitinti šitokia. Vaikai skirstomi į 3 grupes: I grupė — vaikai, nereikalingi mokyklos primaitinimo; II grupė — vaikai, kurių primaitinimas pageidaujamas; III grupė — silpno fizinio išsivystymo (svoris, ūgis, riebalų sluogsnis) vaikai, kurių primaitinimas yra būtinas, taip pat vaikai, kuriems ligūstų reiškinių dėliai primaitinimas yra būtinai reikalingas. Vaikams priskirti prie trečiosios grupės priežastys šios:

1) Slapta plaučių tuberkuliozė, kaulų, liaukų ar odos tuberkuliozė;

2) rekonvalescentai, persirgusieji infekcinėmis ligomis, kurių pasekme yra sutrikęs mitimas;

3) vaikai, kurių augimo metu ūgis neatatinka svorį, turi būti ypatingai imami dėmesin;

4) vaikai su pasikartojančiomis viršutinių kvėpuojamųjų organų slogomis, akių uždegimu ir vidurinės ausies pūliavimais;

5) vaikai, sergą sunkios formos rachitu.

Parenkant vaikus, reikalinga susipažinti su jų socialine padėtimi, būtent: ar tėvai gyvi, koks jų uždarbis, kiek šeimoje vaikų ir t. t. Vaikai, kurių fizinis vystymasis stabdomas konstitucinių priežasčių (paveldėtas mažas ūgis ir t. p.), kas pagerintu maitinimu negali būti pašalinta, mokyklos maitinimo nereikalingi.

Noriu dar pažymėti, kad Berlyne yra 4 mokyklos apykurčiams, 2 mokykli silpnaregiams ir 2 mokykli mikniams, kuriose kalbos gimnastikos keliu vaikai išmoksta taisyklingai kalbėti. Tokie vaikai eina kursus, kuriuose dėsto tam tikrai paruošti

specialistai mokytojai. Parinkimas atatinkamų šitiems kursams mokinių pavedamas mokyklų gydytojams. Baigusieji šituos kursus vaikai dažnai gali jau taisyklingai kalbėti; reikia tiktai atkreipti tėvų, mokytojų ir draugų dėmesio, kad vengtų šiurkštaus ir pajuokiančio prie vaiko atsinešimo, nes pasiekti rezultatai tokiais atvejais vėl gali išnykti. Tiek tėvai, tiek ir mokytojai turi dėti pastangų, kad vaikai ramiai ir laisvai kalbėtų.

Nebyliai ir neregiai vaikai siunčiami į atatinkamas mokyklas. Berlyne yra viena mokykla nebyliams ir viena neregiams vaikams.

Silpnapročiams vaikams yra specialinė ambulatorija.

Baigdamas noriu sustoti ties vadinamomis **„Hilfsschulen“** (padedamosios mokyklos). Tokių mokyklų Berlyne yra 20. Žodžiu „Hilfsschule“ suprantama mokykla, kurioje mokinami negabūs, silpno proto vaikai, ir tokių mokyklų programos atatinka jos auklėtinių inteligentiškumo laipsnį. Padedamosios mokyklos tikslas atskirti normalius mokinius nuo silpnapročių, negabių vaikų, kuriems normalinės mokyklos programa nepajėgiama. Tokie vaikai tik apsunkina mokytojus ir labai trukdo mokyklos darbą; kita vertus, patys vaikai atsilieka moksle ir, pagaliau, priversti nutraukti mokslą. Šitų mokyklų programa, nors ir žymiai susiaurinta, yra pakankama, ir vaikai, baigę padedamąją mokyklą, užtektinai yra pramokę rašybos ir kitų dalykų, reikalingų jiems kasdieniniame gyvenime. Klasių skaičius sumažintas. Kad mokytojas galėtų individualiau atsinešti prie vaiko, atatinkamai jo protui, kiekvienos klasės mokinių skaičius sumažinamas ir yra ne didesnis kaip 20 asmenų. Visa dėstymo technika pritaikinta sumažėjusiam vaikų gabumui ir jų trūkumams, kaip antai: greitas nuvargimas, silpna atmintis, ir paprasta, lengvai suprantama forma dėstoma tiktai tas, kas bus reikalinga auklėtiniui jo paprastoje mechaniškoje profesijoje. Ypatingo dėmesio kreipiama technikos dalykams, kaip antai, daržininkystės amatui ir kit. Vienu svarbiausiu tokių mokyklų mokytojų uždaviniu yra nustatyti, prie kokio užsiėmimo vaikas turi gabumo ir palinkimo, kad šitą jo gabumą atatinkamai išvystytų ir tokiu būdu paruoštų jį būsimai profesijai. Šitos mokyklos pirmiausia buvo įsteigtos Vokietijoje 1865 metais, gi nuo 1885 metų jos įvestos visose kultūringose šalyse. Mažesniuose miestuose prie normalinės mokyklos gali būti prijungta viena padedamosios mokyklos klasė.

Į „Hilfsschule“ vaikų priėmimas atliekamas šiuo būdu: mokytojas, pastebėjęs, kad per vienerius ar dvejus metus vaikas nerodo pažangos ir atsilieka nuo kitų mokinių, siūlo mokyklos gydytojui perkelti jį į padedamąją mokyklą. Mokyklų gydytojas reiškia savo nuomonę ir išskiria bet kurią fizinę ligą, kuri galėtų iššaukti mokinio atsilikimą. Remiantis pedagogiškais

mokytojo pastebėjimais ir mokyklų gydytojo išvada, daromas nutarimas pervesti vaiką į „Hilfsschule“. Vaikui su dideliais proto trūkumais gali būti minėton mokyklon priimti tiktai išmėginti; priešingu atveju jie yra kandidatais į „Idiotenanstalt“. Vaikai, kurių negabumas yra būdo nenormalumų pasekme, kaip antai: klasta, vaidingumas, neklusnumas, — neprivalo būti skiriami į „Hilfsschule“; bet, jei šitie trūkumai tėvų nėra pataisomi, tokie vaikai gali būti siunčiami į pataisomuosius ar auklėjamuosius institutus („Erziehungsanstalt“).

Parenkant vaikus „Hilfsschule'i“, nereikia pamiršti, kad vaikų negabumo priežastimi dažnai būna nesveikos akys ir ausys ir, prieš išskiriant vaikus iš normalinės mokyklos, reikia imtis priemonių šitiems trūkumams pašalinti ir sodinti tiktai pryšakinėse vietose. Mokyklų-gydytojų patyrimais, šita paprasta priemonė duoda kai kada gerų sėkmių. Žinoma, mokyklų gydytojų pareiga išaiškinti tai mokytojams. Mokyklų medicinos literatūroje aš esu radęs nurodymų, kad laikais, kada dar nėra buvę mokyklų gydytojų, iki 80% vaikų, auklėjamų Hallės miesto padedamosiose mokyklose, buvo atrasta su ligūstais klausos organų reiškiniais; gi praėjus ilgesniam laikui, kai liaudies mokyklos jau buvo gydytojų globoje, šitas procentas sumažėjo iki 20%.

Mokyklos gydytojo „Hilfsschule'je“ darbas nesiskiria nuo darbo normalinėse mokyklose.

Žemiau duodami skaitmenys verčia abejoti, kad Hallės miesto „Hilfsschule's“ auklėtinių maitinimas būtų tinkamas.

	Maitinimas		
	Geras	Vidutinis	Blogas
„Hilfsschule's“ mokiniai .	10%	68,2%	21,8%
Normalinių mokyklų . .	39%	54,8%	6,2%

Iš šitos mokyklų gydytojų veikimo apžvalgos galima padaryti išvada, kad jų darbas gali būti įvairus ir vispusiškas. Mokyklų gydytojo veikimas nepasibaigia tiktai mokinių sveikatos apžvalga; visi liečiantieji mokyklas bei mokinius pedagoginiai, lygiai ir socialiniai klausymai turi būti sprendžiami dalyvaujant mokyklų gydytojui, nors ir su patariamuoju balsu. Mokyklų gydytojui turi būti duodamas galimumas įgyvendinti jo išdirbtą patyrimais ir žiniomis projektą, ir jis privalo turėti teisės pats ginti savo pažiūras prieš atatinkamą vyresnybę. Mokytojų personalas turi būti įtrauktas į bendrą darbą ir teikti mokyklų gydytojui pagelbos. Mokinių tėvai privalo pildyti visus mokyklų medicinos priežiūros reikalavimus ir iš savo pu-

sės nedaryti kliūčių. Tiktai bendras gydytojų, mokytojų ir tėvų darbas, paremtas visišku viens kito supratimu bei tikru susirūpinimu šituo naudingu darbu, padedant atatinkamai vyresnybei, gali duoti kuogeriausių vaisių vaikų ir valstybės naudai. Pasikalbėjimai gydytojų su mokytojais ir tėvais, be abejojimo, gali daug padėti šitam susiartinimui.

Prof. Dr. med. P. Avižonis.

Raudonojo Kryžiaus Ligoninės Akių Skyriaus 1924 m. apyskaita.

Raudonojo Kryžiaus Ligoninės akių skyrius, tam tikra sutartimi su Medicinos Fakultetu, 1924 metais buvo naudojamas Universiteto akių klinikos reikalams.

Stacionariniame skyriuje 1924 metais buvo ligonių:

vyrų . .	136,	gulėję	klinikoje	2939 dienas
moterų .	142,	„	„	2906 „
vaikų . .	48	„	„	867 „
Iš viso .	326 lig.,	gulėję	kiin.	6712 dienas.

Vidutiniškai kiekvienas ligonis gulėjo 20,6 dienų ir vidutiniškai kas dieną gulėjo klinikoje 18,4 ligonių. Kadangi akių skyrius telpa ligoninėje kartu su ausų skyriumi ir abiem tėra tik 25 lovos, tai dažnai atsitikdavo, kad pritrūkdavo vietos ligoniams paguldyti.

Ligonių paskirstymas pagal ligas.

Ligos	Buvo likę 1924.I 1 d.	Priimta	Paleista	Liko 1925.I.1 d.
Trachoma ir jos komplikac.	2	67	66	3
Blenoreja	—	2	2	—
Kitokie konjunktivitai . . .	—	3	3	—
Ragenos (korneos) susirgim.	3	68	66	5
Gyslainės (uveos) susirgimai	—	18	17	1
Glaukoma	2	19	21	—
Lęšiuko ligos	2	64	65	1
Retinos ir opt. nervo susirg.	—	12	9	3
Muskulų ligos	1	11	12	—
Vokų ligos	—	5	5	—
Ašarų organų ligos. . . .	—	5	5	—
Orbitos susirgimai	—	4	4	—
Akies obuolio susirgimai:				
a) traumiški. . . .	1	27	25	3
b) kitokie	—	10	10	—
Iš viso	11	315	310	16

Kaip matyti iš lentelės, žymi dalis gulėjusių klinikoje ligonių (būtent, 69 iš 326 arba 21,2%) buvo paguldyta del trachomos ir jos komplikacijų (keratitų, vokų įlinkimų ir kt.). Be to, trachoma pasitaikydavo ir tarp ligonių, paguldytų į kliniką del kitokių susirgimų: kataraktos, traumos ir kt. Iš viso trachomotų ligonių buvo 96, — tai sudaro 29,4% visų gulėjusių klinikoje ligonių.

Akių poliklinikoje 1924 metais priimta 1140 vyrų, 1673 moterų ir 666 vaikai (iki 15 metų amžiaus), iš viso 3479 ligoniai. Besigydydami poliklinikoje, jie apsilankė per metus 20 087 kartus. Kadangi sekmadieniais ir šventadieniais poliklinika būdavo uždaryta, tai skaitant tik šiokias dienas, vidutiniškai kasdien atsilankydavo akių poliklinikoje 67,2 ligoniai (pirmakarčių 11,7 ir kartotinių 55,5).

Poliklinikos ligonių tarpe įvairių stadiju trachoma rasta 831 kartą (246 vyrai, 462 moterys ir 123 vaikai). Tai sudaro 23,9% visų ligonių (vyrų 21,6%, moterų 27,6% ir vaikų 18,5%).

Neišgydomai aklųjų turėta 51 atsitikimas (23 vyrai, 20 moterų ir 8 vaikai). Apakimo priežastimis buvo: idiopatiški akių susirgimai 31 kartą (tame skaičiuje 3 kartus blenoreja, 6 — trachoma, 10 — glaukoma, 3 — myopia ir t.t.), traumiški susirgimai 7 kartus (tiesioginė trauma 6 kartus ir 1 kartą simpatiška oftalmija), bendrieji organizmo susirgimai 13 kartų (raupai 2 kartu, tymai 2 k., dėmėtoji šiltinė 2 k., sifilis 1 k., smegenų susirgimai 4 k., intoksikacija alkoholiu 1 k.).

Akių klinikos ir poliklinikos ligoniams operacinė pagelba buvo suteikta 815 kartų. Lęšiuko operacijų padaryta 101, tame skaičiuje kataraktos ekstrakcijų — 75, kataraktos discizijų — 7, sekundarinių kataraktos operacijų — 19 (discizijų—17 ir ekstrakcijų — 2). — Glaukomos operacijų padaryta 30, tame skaičiuje iridektomijų — 19, sklerekto-iridektomijų — 1, trepanacijų (pagal Elliot'ą) — 3, sklerotomiju — 3, ciklodializių — 3 ir optikociliarinių neurektomijų — 1. — Optinių iridektomijų padaryta 16, enukleacijų — 16 ir evisceracijų — 6.

Kai tekdavo daryti enukleacija jauname amžiuje, visada būdavo įsodinamas į akies vietą taukų gabalas iš kulšies, kad paskiau dailiau stovėtų įstatytoji stiklinė akis. Šitokiu būdu buvo operuoti 7 atsitikimai. — Didžiuoju elektromagnitu du kartu buvo ištrauktas geležies krislas iš akies vidaus.

Orbitos navikų padaryta 3 operacijos, tame skaičiuje vieną kartą exenteratio orbitae. Ašarų organų buvo 79 operacijos (70 ašarų maišelio ekstirpacijų, 5 ašarų liaukos ekstirpacijos ir 4 kartus ašarų fistulos išskaptavimas).

Vokų plastiškų operacijų padaryta 11. Įvairių trichiazės ir vokų įlinkimo operacijų padaryta 143; jų skaičiuje buvo v. Millingen'o operacijų 33, Chronis'o — 80, Flarer'o — 3, kantoplastikų — 15, elektrolizių — 8. tarsorafijų — 4. — Trachomos folikulų traiškymų padaryta 220 kartų.

Operacijų lentelė.

Operacijų pavadinimai	Kas operavo				Iš viso
	Prof. Avižonis	Gyd. Liandsbergienė	Gyd. Prialgauskas	Gyd. Kutorgienė	
Enucleatio bulbi	10	6	—	—	16
Evisceratio oculi	—	5	1	—	6
Exenteratio orbitae	1	—	—	—	1
Plastica orbitae	1	—	—	—	1
Extractio cataractae	70	5	—	—	75
Discisio cataractae	7	—	—	—	7
Discisio et extrac. catarac. secundar.	19	—	—	—	19
Operatio glaucomatis	30	—	—	—	30
Iridectomia optica	15	1	—	—	16
Ablatio prolapsus iridis	12	1	—	—	13
Plastica conjunctivalis corneae	12	1	—	—	13
Operatio pterygii	3	6	1	1	11
Paracentesis corneae	15	5	—	1	21
Punctio corporis vitrei	2	—	—	—	2
Extractio corporis alieni e bulbo	2	—	—	—	2
Tatouage	7	9	4	4	24
Operatio strabismi	20	1	1	—	22
Blepharoplastica	9	2	—	—	11
Operatio contra ptosim	2	1	—	—	3
Canthoplastica	7	7	1	—	15
Operatio trichiasis et entropii	20	61	18	17	116
Tarsorhaphia	—	3	—	1	4
Operatio chalazion	1	5	6	3	15
Exstirpatio tumoris epibulbaris	1	—	—	—	1
„ „ palpebrae	3	1	—	—	4
„ „ orbitae	2	—	—	—	2
Exstirpatio sacci lacrimalis	19	23	11	17	70
„ glandulae lacrimalis	5	—	—	—	5
Incisio abscessi palpebrae	1	—	4	1	6
Excochleatio fistulae sacci lacr.	1	3	—	—	4
Galvanocausis	13	12	3	1	29
Electrolysis trichiasis	4	4	—	—	8
„ angiomatis	1	—	—	—	1
Eliminatio corporis alieni corneae	2	4	7	9	22
Expressio follicul. trachomatis	13	90	58	59	220
Iš viso	330	256	115	114	815

Ko ne visi trichiazės ir entropijumo atsitikimai pareina nuo trachomos. Todel šitos vokų operacijos galima priskaityti prie operacijų grupės trachomai ir jos pasekmėms, kurių tokiu būdu susidarys 363 (arba 44 5% visų operacijų). Kadangi žymi dalis operaciškai gydytų ašarų maišelių susirgimų taip pat pareina nuo trachomos, tad trachoma su savo komplikacijomis ir pasekmėmis bus davusi tikrai ne mažiau kaip 50% visų darytų klinikoje operacijų. (Žiūr. lent. 757 pusl.)

Raudonojo Kryžiaus Ligoninės akių skyriaus vystymosi nuo jo įsikūrimo (1920. IX. 6.) iki šiolei matyti iš pridedamos lentelės. Tenka pažymėti, kad tolimesniam besiplėtojimui yra dvi beveik nepergalimos kliūtys — vietos ir personalo stoka.

	1920 mt. (nuo IX. 6 d.)	1921 mt.	1922 mt.	1923 mt.	1924 mt.	Iš viso
Klinikoje gulėjo ligonių	36	153	206	259	326	980
Iš viso gulėta dienų	492	3223	4393	5567	6712	20387
Kasdien gulėjo vidutin. ligonių	4,2	8,8	12,0	15,3	18,4	
Poliklinikoje:						
Priimta pirmakarčių ligonių. .	296	1341	1788	2053	3479	8957
Iš viso apsilankymų buvo . .	1170	10123	12956	12150	20087	56486
Kasdien apsilankymų buvo . .	12,2	33,7	44	40,9	67,2	

Savivaldybių medicina.

1. Kauno Miesto Valdybos Gydytojų ir Vaikų ir Motinų Sveikatos Globojimo Centrų gailest. seserų—vedėjų pasitarimo protokolas Nr. 4/10.

1925 mt. rugsėjo mėn. 5 d., 19—23 val., dalyvaujant: 1) dr. K. Griniui, 2) dr Chmielevskiui, 3) dr. Steponaitienei, 4) dr. Guščai, 5) dr. Vienožinskienei. 6) dr. Epšteinui, 7) dr. Sleževičienei, 8) dr. Šmukleriui, 9) gail. ses. Krupštaitienei (Šančių Centro), 10) gail. ses. Kundrotienei (Aleksoto C.), 11) gail. ses. Orlovienei (Paget C.).

Nutarta:

1. **Globojamųjų vaikų amžius.**

Kadangi, 1923 mt. gyventojų surašinėjimo daviniais, Kauno mieste nebaigusių 6 metus gyvų vaikų apie 10% visų gyventojų arba viso apie 9.000; kadangi iš jų, kaip parodė 1922, 1923 ir 1924 metų praktika, per K. M. V. sveikatos centrus perėjo daugiau kaip 5.000; kadangi dirba tik 8 gail. seserys ir kiekvienai iš jų tenka globoti perdidelis vaikų skaičius; kadangi tokiame darbe pavedama vienai gailestingajai seserei ne daugiau kaip 300 vaikų; kadangi K. M. V. dirbančios sveikatos centruose gail. seserys yra užimtos dar globojimu neščių ir žindančių motinų ir dažnai esti atitraukiamos nuo savo tiesioginių užsiėmimų kitoms seserims pavaduoti, tai, priimant dar domėn Berlyno sveikat. centrų praktiką, *nutarta*: registruoti ir rūpinti ambulatorijose visi Kauno miesto vaikai, nebaigusieji 6 metų amžiaus, bet ypatingoj globoj ir reguliarioj medicinos personalo priežiūroj (butų aplankymo atžvilgiu) palikti tik kūdikiai iki 2 metų pabaigos.

2. **Namuose (butuose) aplankymų dažnumas.**

a) Kūdikius, nebaigusius 12 mėnesių amž., gailestingoji sesuo privalo aplankyti jų butuose ne rečiau kaip 2 kartu per mėnesį;

b) Kūdikius nuo 1 iki 2 metų pabaigos gail. sesuo aplanko namuose (butuose) ne rečiau kaip 1 kartą per 2 mėnesiu.

3. **Kiek vienai seserei duoti globoti vaikų nuo 0 iki 2 mt. amžiaus?**

Vienai gail. seserei, kad ji tinkamai galėtų savo darbą atlikti, duodama globoti ne daugiau kaip 175 vaikai, turintieji ne daug au kaip 2 metu amžiaus.

4. **Vaikai nuo 2 iki 6 metų pabaigos.**

Vaikai nuo 2 iki 6 metų amžiaus pabaigos įregistruojami į knygas ir prižiūrimi tik centrų ambulatorijose, į namus (butus) gi pas juos medicinos personalas atsilanko tik išimtinais atsitikimais.

5. **Centrų rajonai.**

Kauno miestas suskirstomas į šiuos vaikų globojimo rajonus: 1) Šančiai — Ryano Centrui; 2) Karmelitai, Naujasis Miestas ir Žaliasis Kalnas — Paget Centrui, 3) Aleksotas ir Senojo Miesto dalis — Aleksoto Centrui, 4) Slabada ir Sen. Miesto dalis — Slabados Centrui.

6. **Svetimų rajonų vaikai.**

Svetimų rajonų vaikai, kiek galima, nepriiminėjami ne jų centruose nes tada tas pats vaikas esti registruojamas kai kada dviejuose ir net trijuose centruose, kas apsunkina globojimą ir tikros padėties pažinimą.

7. **Rauplių skiepymas.**

Centrai privalo suregistruot skiepytus ir neskiepytus savo rajono iki 2 metų amžiaus pabaigos vaikus.

8. **Gydytojų ir vaikų globojimo gail. seserų pasikalbėjimai.**

Įvesti kas mėnuo po 1 kartą apie vaikų ir motinų globojimą gydytojų ir gail. seserų pasikalbėjimai.

9. **Revizijos Komisijos daviniais pasinaudojimas.**

K. M. V. Medic. ir Sanitar. Skyriaus Vedėjo parėdymu 1925 mt. birželio mėnesy, Komisija iš dr. Epšteino, dal. vedėjo J. Steponaičio ir gail. seserš Orlovienės (jos pavaduotojos gail. ses Kundrotienės) apžiūrėjo esamus K. M. V. žinoje 4 sveikatos centrus ir pristatė 17 punktų protokolą. Apsvarsčius protokolo davinius ir pageidavimus, pripažinta reikalinga:

a) įvesti visuose centruose vizitacijos knygos;

b) įvesti sveikatos centrams išnešiojamųjų raštų knygos;

c) centrų inventorius kasmet perkainuoti;

d) K. M. V. gail. seserims, d rbančioms prie sveikatos centrų, rekomenduoti kartas nuo karto aplankyti ir susipažinti su reikalų vedimu Kauno Vaikų Ligoninėje, Kūdikių Globojimo Dr-jos Lopšelyje, Žydų Vaikų Name;

e) stengtis atskirti sveikatos centrų butai nuo bendrųjų ambulatorijų butų infekcijai išvengti;

f) subendrinti sveikatos centrų registracijos kortelės su pradžios mokyklų mokinių registracijos kortelėmis.

Dr. K. Grinius,
Medicinos ir Sanitar. Skyr. Vedėjas.

2. Kauno Miesto Valdybos gydytojų pasitarimo protokolas Nr. 5/11.

1925 mt. rugsėjo mėn. 18 d., 19—22 val., dalyvaujant: 1) dr. Guščai, 2) dr. Epšteinui, 3) dr. K. Griniui, 4) dr. Šmukleriui, 5) dr. Leščiukaičiui, 6) dr. Rėklaičiui, 7) dantų gyd. Degutienei, 8) dr. Sleževičienei, 9) dr. Steponaitienei, 10) Švietimo Skyriaus Vedėjui Kinderiui, 11) Med. ir San. Skyr. Dalies Vedėjui J. Steponaičiui, 12) K. M. Burmistrui J. Vileišiui ir apie 40 svečių — K. M. pradžios mokyklų vedėjų ir mokytojų.

Išklausyta ir svarstyta K. M. pradžios mokyklų gydytojo dr. Epšteino pranešimas:

„Pradžios mokyklų medicina Vokietijoje ir Lietuvos Respublikoje“.

Dr. Epšteinas, neseniai aplankęs Berlyno ir mažesnių Vokietijos miestų ir kaimų pradžios mokyklas, plačiai atpasakojo apie tos šalies mokyklų patalpas, mokinių mokymą, švaros palaikymą, prausyklas, mokiniams duodamus pusryčius, mokomuosius suolus, mokyklų gydytojo veikimą, jo bendradarbiavimą su mokytojais, apie mokinių matavimus, jų pavargimo tyrinėjimo būdus ir apie kitus Vokietijos pradžios mokyklų reikalus; čia pat pranešėjas davė davinių iš Kauno pradžios mokyklų gyvenimo.

Pranešimui pasibaigus susirinkusieji davė paklausimų. Pagalios buvo priimti šie pageidavimai:

1) Kad mokytojai patys prižiūrėtų ir kontroliuotų mokyklų kasdieninį valymą, kad grindys būtų visuomet valomos drėgnuoju, bet ne sausuoju būdu;

2) kad mokyklą valant langai kiek galima iš abiejų mokyklos pusių būtų atidaryti, nes tik tokiu būdu pas mus yra galimas įmanomas vėdinimas;

3) kad langų stiklai bent du kart mėnesyje būtų plaujami, nes, blogam Kauno miesto pradžios mokyklose apšvietimui esant, reikia mokytojams stengtis, kad šviesos koeficientas del langų stiklų užsiteršimo nepasidarytų dar blogesnis;

4) kad Kauno M. Vald. Pedagoginiame Muzėjuj ir Vinco Kudirkos skaitykloje (Laisvės Al. Nr. 48) būtų įrengti periodiški apie mokyklų hygieną pranešimai.

Pirmininkaujantis *Dr. K. Grinius*,
Medic. ir Sanit. Skyr. Vedėjas.

3. K.M.V. Ryano Ligoninės trumpa apyskaita 1923—1925 m.

1. Iš viso ligonių buvo 949, iš kurių:
72 išsirašė nepagimdžiusios, 28 ginekologinių:

kraujoplūdis	10
salpingitas	5
abortus ex consilio	1
endometritis	2
karštis po gimdymo	1
parametritis	1
eclampsia	2
atskirta rankomis placenta	3
neurastenija	1
enteritas	1
apendicitas	1
Iš viso	28

2. Pagimdė 848
3. Gyvų vaikų 807 (iš kurių 29 atgaivinti).
4. Negyvų vaikų 41,

kas sudaro apie 4,3% (L. Raud. Kryž. Lig-ėje — 6,3%).

Priežastys:

maceruotų kūdikių	15
4 mėnesių	4
6 „	1
5 „	2
asphyxia pallida	4
nebuvo širdies girdėti	5
iškritusi rankelė	2
„ virkštelė	2
perforacija	1
skersinė padėtis	3
atsiskyrusi placenta	1
sėdyninė padėtis	1
Iš viso	41

5. Gimdymai mėnesiais:

2 mėn.	3 mėn.	4 mėn.	5 mėn.	6 mėn.	7 mėn.	8 mėn.	9 mėn.	10 mėn.
4	10	5	9	5	20	8	27	846

5. Operacijos:

Siuvimas	Abrazija	Replės	Perforac.	Rank. atsk. plac.	Apkreip. kojomis	Embriot.
63	10	9	4	13	10	1

7. Dvyniukų 6
8. Ištekėjusių moterų 880
9. Neištekėjusių 69
10. Ligonės išbuvo ligoninėj dienų:

1 d.	2 d.	3 d.	4 d.	5 d.	6 d.	7 d.	8 d.	9 d.	10 d.	11 d.	12 d.	13 d.	14 d.	15 d.
36	26	21	4	11	19	392	165	108	69	31	15	6	8	6

16 d.	17 d.	18 d.	19 d.	21 d.	23 d.	24 d.	25d.	29 d.	31 d.	35 d.	58 d.	45 d	81 d.
7	3	2	4	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1

11. Padėtis:

Pakaušinių	Veidinių	Sėdyninių	Kaktinių	Kojinių	Skersinių
864	9	26	2	8	11

12. Šeimynos padėtis:

Darbinin.	Gelžkel. tarnaut.	Karininkų žmonų	Krautuv.	Kauno biednuom.	Valstyb. tarnaut.	Amatinin.
32,1%	19%	13,1%	9,6%	8%	6,5%	5,8%

13. Karščiuojančių:

I laipsnis iki 3 dienų	II laipsnis iki 21 d.	III laipsnis daugiau kaip 21 d.
84 lig., t. y. 8,5%	11 lig., t. y. 1,2%	6 lig., t. y. 0,6%

Palyginimai su kitomis klinikomis:

L. Raud. Kryžiaus Ligoninė:

I.	II.	III.
11%	3,9%	0,6%

Leipcigo klinikos statist. karščiavimų:

I.	II.	III.
10%	Nuo 3% iki 0,58% atskir. metais	1% — 0,34%

14. Mirė — 1 (embolija pulmon.).

Gyd. Gildė.

4. Kauno Miesto Savivaldybės Medicinos ir Sanitarijos Tarybos posėdžio protokolas Nr. 8/32.

1925 m. spalių mėn. 6 d., 19—22 val., dalyvaujant: 1) dr. Chmielevskiui, 2) dr. Guščai, 3) dr. K. Griniui, 4) L. U. Med. fak. hygienos profesoriui dr. Jurgeliūnui, 5) K. M. T. nariui proviz. Mikuličiui, 6) Kauno Gyd. Sąjungos atstovui dr. Feinbergui, 7) K. M. T. nariui dr. Epšteinui, 8) K. M. V. Kanalizacijos Skyriaus ved. inž. Kairiui, 9) V. R. M. Sveik. Depart. atstovui dr. Šidlauskui, 10) karo gyd. dr. Jurgelioniui.

Išklausyta inž Kairio pranešimas apie vedamus Kauno Naujajame Mieste kanalizacijos darbus, apie numatomą samplovoms valyti filtrą Uosto Kranto gatvėje ir apie suleidimą Naujojo Miesto dalies samplovų į Nemuną.

Yra dabar vedamas Daukanto gatve kanalas. Juo tekės nešvarumai ypač iš didžiųjų valstybinių namų, kaip antai: iš Lietuvos Viešbučio, Lietuvos Banko tarnautojų namo, Finansų Ministerijos namų, Valstybinės spaustuvės namų, Kalėjimo, Universiteto ir kitų. Tie nešvarumai, perėję vietoj per riebalų gaudytojus ir gavę vietoj ventiliacijos prietaisas, toliau plauks uždarytais kanalais po gatvėmis į Uosto Kranto gatvę, netoli Kanto ir minėtos gatvės kertės, kur bus įrengti filtrai, kurie turės padaryti tas samplovas Nemuno vandeniui nekenksmingas. Iš filtro samplovos tam tikru kanalu, pravestu po uosto vandenimis, žadama paleisti saloje po žeme, kad dar kartą jos persifiltruotų per smėlį ir žvyrių, prieš įtekėdamos į Nemuną.

Yra du sumanymu: 1) daryti filtrą tik mechanišką, manant, kad paties filtro mechaniškas veikimas, filtracija saloje ir didelis Nemuno vandenų apstumas padarys tas samplovas gyventojams nekenksmingas;

2) prie mechaniško filtro pridėti dar biologišką.

Pirmutinis sumanymas yra pigesnis ir gal galima būtų juo pasitenkinti, juo labiau, kad tai tik laikinos keleriems metams priemonės, nes toliau bus pravestas kanalas į Nemuno ir Neries santaką, kur bus įtaisytas svarbiausias samplovoms mechaniškas ir biologiškas filtras, ir samplovos eis į Nerį.

Iš diskusijų, dalyvaujant beveik visiems susirinkusiems, paaiškėjo, kad neatsargu būtų pasitikėti vien mechanišku filtru, kad išeinančios iš jo samplovos gali nesutikti su higienos reikalavimais, einant veikiančiais pas mus b. Rusijos imperijos įstatymais ir valdžios parėdymais. Pavesti samplovų valymo darbas vietiniams naminiams filtrams, kaip praktika parodė, nėra geistina, nes tie privatūs filtrai paprastai esti blogai įtaisomi, dar blogiau prižiūrimi ir laukiamos naudos neduoda.

Tad Medicinos ir Sanitarijos Tarybos pripažinta, kad **tik kombinacija gero mechaniško ir gero biologiško filtro gali duoti garantijos, jog suleidžiamos Nemunan samplovos neužterš Nemuno vandenų** ir nepakenks gyventojams, kurie tą vandenį ims gerti, valgiams gaminti, skalbiniams skalbti, kurie Nemune maudosi.

Pareikšdama tokį nusistatymą, Medicinos ir Sanitarijos Taryba vadovavosi žemiau sekamais valdžios parėdymais ir higienos mokslo reikalavimais.

Einant Medicinos Statuto str. 658 ir Vidaus Reikalų Ministerio cirkulioriumi 1911 mt. gruodžio mėn. 4 d. Nr. 1445[1]), samplovos, kurios galima leisti į visuomeninius vandens rezervuarus, turi sutikti su šiais higienos reikalavimais:

1) Samplovos negali turėti savyje nuodų.

2) Jos turi būti paliuosuotos nuo apkrečiamųjų ligų mikroorganizmų.

3) Samplovos negali turėti savyje daugiau kaip 40 miligramų vienam litrui standžiosios medžiagos.

4) Samplovų temperatūra toj vietoj, kur jos įleidžiamos į visuomeninius vandens rezervuarus, negali būti augštesnė kaip 30—40° C.

---

[1]) Žiūr. N. G. Freiberg. „Vračebno — Sanitarnoje Zakonodatelstvo v Rosii“ III izd. G. P. B. 1911 m. pusl. 419.

5) Samplovos negali turėti aiškios šarminės arba rūgščios reakcijos.

6) Samplovos negali turėti pūvesių, fekalijų arba kurių kitų dalykų kvapo.

7) Samplovos negali turėti bet kurią spalvą, išskyrus kai kurių vietų naturalią vandens spalvą.

8) Samplovos negali turėti bet kurių riebalų plėvelių.

9) Samplovos negali duoti pūvimo žymių, pastovėjus 7 paras prie 20° C.

10) Samplovos, įleistos į visuomeninius vandens rezervuarus, neturi pakeisti to vandens blogojon pusėn sanitariniu, cheminiu ir fiziniu atžvilgiu, taip pat josios neturi daryti matomų tų rezervuarų faunos ir floros pakitimų.

Paaiškinimui tų dėsnių galima dar pridėti (einant higienos mokslu [2]):

Del 2° apie pašalinimą patogeninių mikroorganizmų išviečių, vonių, pirčių, ligoninių samplovose, reikia pasakyti, kad darant mechaniškus arba kombinaciją jų su biologiškais filtrais, nereikia užmiršti įtaisyti tam tikrų rezervuarų, kuriuose epidemijų metu galima būtų padaryti samplovoms cheminė dezinfekcija.

Del 6° apie kvapo pašalinimą pridėti, kad kai kurie samplovų kvapai yra leistini, kaip pav. juodžemio kvapas; neleist nais kvapais laikomi tokie, kurie nesmagiai erzina uoslės organus.

Del 8° apie riebalų plėves, reikalaujama, kad samplovos, per 30 sekundų pusėj stiklinės maišomos (skalaujamos), neduotų daugiau kaip 3 sekundas besilaikančių putų.

Dar galima pridėti 11-tą punktą, kad samplovų giedrumas neturi būti mažesnis kaip 5 santimetrai.

Pirmininkaujantis
Dr. K. Grinius,
K. M. V. Medicinos ir Sanitarijos
Skyriaus Vedėjas.

5. Kauno Miesto Savivaldybės Medicinos ir Sanitarijos Tarybos posėdžio protokolas Nr. 9/33.

1925 m. spalių mėn. 14 d., 19—21 val., dalyvaujant: 1) Kauno m. Burmistrui J. Vileišiui, 2) K. M. V. Med. ir San. Skyriaus Ved. dr. K. Griniui, 3) K. M. S. Med. ir San. Tarybos nariui dr. Chmielevskiui, 4) K. M. S. Med. ir San. Tarybos nariui dr. Epšteinui, 5) K. M. S. Med. ir San. Tar. nariui dr. Nasvyčiui, 6) K. M. V. Kanalizacijos Skyr. Ved. inž. S. Kairiui, 7) dr. Jurgelioniui, informuojant Wiesbadeno firmos „Oms“ atstovui inž. Georgui Pfaffendorf'ui ir J. Aronzonui.

Svarstyta Naujojo Miesto kanalizacijos filtro klausimas.

Inž. Kairys pranešė, kad iš Oms'o firmos yra gautas pasiūlymas įtaisyti mechanišką filtrą, su prafiltruotų samplovų chlorizacija, nedarant biologiško filtro; be to, po chlorizacijos samplovos numatomos Nemuno uosto pussalv praleisti per naturalų smėlio filtrą.

Inž. Pfaffendorf plačiai išdėstė jo numatomą darbų planą, parodė mechaniško filtro modelį ir braižinius.

Po diskusijų ir nurodymų, kad visgi mechaniškas filtras su samplovų dezinfekcija chloru gali pakenkti Nemuno vandenų faunai (vėžiams, žuvims), be to, tas būdas samplovoms valyti nepašalina jų organinių dalių ir palieka samplovose daugiau, negu higienos reikalavimai leidžia, standžiųjų dalių suleidžiamose Nemunan samplovose,

Medicinos ir Sanitarijos Taryba nutarė:

Pripažinti, kad mechanišku filtru ir chlorizacija samplovų, suleidžiant jas iš Naujojo Miesto rajono Nemunan, apsieiti būtų sanitarijos atžvilgiu

---

[2]) Žiūr. G. V. Chopin. „Osnovy Hygieny“. Tom II. Moskva — Petrograd. 1923. p. 158

rizikinga, kad pageidaujama įtaisyti ir biologiškas filtras, nes kitaip suleidžiamos Nemunan samplovos gali būti priežastimi Nemuno vandenų užteršimo.

Dr. K. Grinius, Pirmininkaujantis
Medicinos ir Sanitarijos Skyriaus Vedėjas.

Iš medicinos draugijų gyvenimo.

1. Kauno Medicinos Draugijos posėdžio 1925 m. rugsėjo mėn. 4 d. protokolas.

Posėdis įvyko L. Raud. Kryžiaus klinikoj, prasidėjo 20 val. 20 min. Dalyvauja 33 nariai-gydytojai ir 20 svečių.

Pirmininkauja dr. Staugaitis, sekretoriauja dr. Tercijonas.

I. Perskaitytas paskutinio posėdžio birželio mėn. 5 d. protokolas ir patvirtintas.

II. **Ligonių ir patologinių preparatų demonstravimas.**

1) *Dr. Zacharinas* demonstruoja 148 gr. svorio **pūslės akmenį**, ilgai išgulėjusį pūslėj. Operacija buvo pasunkinta tuo, kad nebuvo galima įvesti kateterio. Literatūroj yra aprašyta didesnių egzempliorių.

1) *Dr. Čeponis* demonstruoja **bursitis praepatell. chron. et bursitis tub. ischii.** Preparatai dideli ir etiologija įdomi. Pirmas preparatas išpiautas ligoniui 40 metų amžiaus, turėjusiam šitą ligą 4 metus: 2 metu navikas buvo riešuto dydžio, vėliau, užgavus, žymiai padidėjo. Ligonis dirbant dažniausiai naudojosi deš. kojos keliu, ant kurio ir išaugo navikas; kairiosios kojos tik pėda priremdavo. Pastaruoju laiku karščiavo ir, apžiūrėjus, rasta aštrių reiškinių, t^0, oda edemiška. Po operacijos ligonis jaučiasi gerai. Perpiovus išbėgo rausvas skystimas ir rudos masės. 2-as atsitikimas burs. tub. ischii. Ligonis 49 mt.; $1^1/_2$ m. atgal pradėjo jausti, kad viena pusė sėdynės pradėjo augti, ir kairiojoj pusėj, ant kurios dažniausiai sėdėdavo darbe, pvzd. važiuodamas ant vežimo dugninės, — išaugo guzas. Prieš savaitę pakilo t^0 ir atsirado skausmas. Tumor tuber ischii su fliuktuacija. Ekstirpuota visa bursa su suaugimais ir kameromis, panašiomis kaip širdyj.

3) *Prof. Boit'as* demonstruoja ligonį su abiejų pusių **klubų sąnarių ankilosis ossea**, kuri dėliai operacijos liko judama.

Jaunas žmogus, 18 metų amžiaus. Prieš dvejus metus sirgo šiltine. Paskui gavo abiejų klubų sąnarių uždegimą, ir pasidarė abiejų pusių ankilosis ossea. Kojos dėliai addukcijos sukryžiuotos, kairioji prieky, dešinioji užpakaly. Į priekį žingsnuoti dėliai to negalima.

Rentgeno nuotrauka aiškiai parodo visišką kaulinę ankilozę.

Per operaciją šlaunikaulių galvutės iš klubo duobių buvo iškaltos ir modeluotos, kairiosios pusės prieš 6 mėnesius, dešiniosios pusės prieš 3 mėnesius.

Po operacijos rentgeno nuotrauka abiejų klubų sąnarių rodo, kad šlaunikaulių kakliukai, resp. gulvučių liekanos remiasi ant viršutinių klubų duobių kraštų.

Nors abiejų kojų judesiai per klubo sąnarį yra aprėžti, visgi ligonis dabar gali be skausmų patenkinamai vaikščioti. Žingsnio ilgis 44 ccm., praskėtus kojas—66 cm. Ateityje galima laukti tolimesnio pagerėjimo gimnastikuojant.

4) *Prof. A. Jurgeliūnas.* **Gyvų tripanozomų Nagana ir spirochetų Obermeieri demonstravimas.**

Šią vasarą, važinėdamas po užsienį susipažinti su kai kuriomis sanitarinėmis įstaigomis, aš, be kita ko, apžiūrėjau Hamburge „Das neue Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten". Prof. Mählens'o skyriuje, jo maloniu leidimu, esu gavęs Spirocheta Duttoni įskiepytą pelę. Berlyne aplankiau Universiteto Higienos Institutą. Eksperimentiškosios chemote-

rapijos skyriuje, vedėjui doc. Olsen'ui leidus, gavau dvi peles, kurių viena įskiepyta Trypanosoma Nagana, kita — Spirocheta Obermeieri. Sugrįžęs, aš kasdieną tyrinėdavau visų parvežtų pelių kraują. Pirmoje pelėje, įskiepytoje Spirocheta Duttoni, parazitų nėsu radęs, ir ji iki šio laiko gyva bei sveika.

Kitos dvi pelės apsirgo. Įskiepytoje Trypanosoma Nagana rasta atskirų parazitų trečią dieną po skiepymo; tripanozomos ūmai viso ir trečią dieną pelė nugaišo. Įskiepytoje Spirocheta Obermeieri atskiri parazitai susekti ketvirtą dieną; daugiausia jų rasta 6-ą dieną ir 7-ą dieną; pelė taip pat nugaišo. Kad turėtume gyvų tripanozomų bei spirochetų, reikia skiepyti sveikoms pelėms sergančių pelių kraujas tuo metu, kai kraujuje parazitų daugiausia privysta. Šiaip periodiškai beskiepijant, pavyko man išlaikyti gyvi parazitai, kuriuos štai galime demonstruoti.

Mikroskopuose pastatyti 6 preparatai:

1) gyvos tripanozomos kraujo laše;
2) tripanozomos, dažytos Giemsa'os būdu;
3) gyvos Obermeier'io spirochetos kraujo laše;
4) spirochetos, dažytos Giemsa'os būdu;
5) „ „ Pfeifer'io fuksinu;
6) „ „ Burri metode.

Del demonstruojamų parazitų pridursiu keletą žodžių. Tripanozomos pareina nuo Protozoa grupės — Flagellata. Jų esama daugelio rūšių. Svarbiausios — Trypanosoma Gambiense ir Trypanosoma Ugandense, sukeliančios negrų miego ligą. Ligą perneša musė Glossina palpalis. Trypanosoma Nagana sukelia epizootijas, numarinančias daugybes arklių bei raguočių pietų Afrikoj. Šitas parazitas pernešamas musių Glossina morsitans. Morfologiškai įvairių rūšių tripanozomos labai viena į kitą panašios. Tripanozomos kūnas, nelyginant verpstė, kiek lenktas; priešakinis galas smailas, užpakalinis daugelio tripanozomų apvalus. Jų dydis žymiai svyruoja: ilgis 15—82 mikr.; plotis 1,5—12 mikr. Mikroskopiškai kraujo laše matome parazitus vikriai judant. Dažytuose Giemsa'os būdu preparatuose tripanozomoje skiriame: protoplazmą, melsvai nusidažiusią, kurios vienas kraštas virtęs plonyčia plėvele, vad. membrana, švelniai melsvai rausvokai nusidažiusia. Kūno viduje matome svarbiausią branduolį ir arti pasturgalio — branduolėlį raudonai fioletinės spalvos. Iš branduolėlio prasideda plaukas, einąs ištisu membranos krantu ir laisvai užsibaigdamas parazito priešakyje. Plaukas nusidažęs švelniai rausvokai. Tripanozomos vysta nelytišku būdu, išilgai dalydamosi. Lytišku būdu jos vysta musės organizme. Kultūros gautos su dideliu sunkumu tik kai kuriu rūšių, bet netipingos.

Kai del spirochetų, tai iki šio laiko jų kilmės grupė dar nėra aiški: bakterijos ar protozoa. Esama trijų atokritinės šiltinės grupių: Spiroch. africana seu Duttoni, Spirocheta americana s. Nowyi ir Spir. europea seu Obermeieri.

Morfologiškai minėtosios spirochetos mažai tesiskiria viena nuo kitos. Jos turi spiroklinio siūlo formą. Afrikiškos spirochetos ilgesnės ir storesnės, amerikiškos -- ploniausios, o spir. europea seu Obermeieri — vidutinio dydžio. Plotis apie 1 mikr., ilgis siekia 10—30 mikr. Mikroskope kraujo laše stebimas jų greitas judėjimas. Pasak vienų tyrėjų, spirochetos judančios plaukelių pagelba; kitų tyrėjų plaukeliai laikomi preparatų artefaktu.

Giemsa'os būdu dažyto preparato spirochetos išrodo melsvai rausvokai nusidažiusios. Pfeiffer'io fuksinas nudažo jas švelniai rausvokai, o sulig Burri, spirochetos atrodo skaidrios tamsiame fone.

Iki šiol spirochetų kultūros labai sunkiai užauginamos. Rasta, kad, persodinant, jų virulentingumas silpnėja, todel laboratorijose patogiau laikyti gyvos spirochetos pelės organizme.

Diskusijos del ligonių ir patologinių preparatų demonstracijų.

Dr. Matulevičius klausia, ar pelėse, sergančiose typhus recurrens, spirochetos galima rasti visą ligos laiką ir po pasveikimo.

Prof. Jurgeliūnas. Pelėse spirochetos galima rasti 3 dienas po užkrėtimo iki 6 d; kai pasveiksta į 7—8 d., spirochetos pranyksta.

Dr. Žemgulys. Tokias dvi operacijas, kaip prof. Boit'as, jis yra daręs, bet visada į sąnarių tarpą dėdavęs fasciją ir tai matęs suaugimų; abejoja, ar operuotas prof. Boit'o atsitikimas, kame sąnario vidun nieko neįdėta, neužsibaigs suaugimu.

Prof. Boit'as. Jo nuomone, darant plačią sąnario duobę palyginus su reliatiniai plonai modeliuota galvute ir be fascijos implantacijos išvengiama ankilozės; taip operuotas ir jo atsitikimas.

Dr. Pov Kairiukštis klausia, ar nepatėmyta, kad pelėse, kaip ir žmoguje, praėjus paroksizmui, spirochetos žūsta, o vėliau, susirgus, vėl atsiranda.

Prof. Jurgeliūnas. Pelių t° nematuojama, todel sunku pastebėti, ar esti paroksizmas.

III. *Dr. Kalvaitytė* daro pranešimą **„Ar galima toliau eiti Vokiečių pėdomis, taikant rentgenologiją medicinos praktikoje"**, kuris ištisas įdėtas š. m. „Medicinos" Nr. 8. Prelegentė siūlo: 1) įvesti bendrą rentgenologijos kursą medicinos fakultete, ir 2) leidimų R-kabinetams suvaržymą.

Diskusijos. Dr. Grinius. Dr. Kalvaitytė pajudino svarbų klausymą: kaip išvengti sužalojimų nuo nemokančių rentgenologijos gydytojų. Išeina, kad Sveikatos Departamentas padarė gerą pradžią, skirdamas tokius leidimus ir, tokiu būdu, Sv. Dep-tas galės kontroliuoti Universitetą. Jei pavesime Sv. Dep-tui teisę duoti tokius leidimus, tai išeis, kad jis galės kontroliuoti chirurgus, ginekologus ir kitus specialistus. O per Sv. Dep-tą rentgenologai pateks Vid. Reik. Ministerio žinion.

Dr. Gudavičius. Komisija gyvuos, iki įsikurs universitete rentgenologijos katedra.

Dr. Matulevičius. Rusijoj įvesta medfakuose rentgenologijos dėstymas, todel sveikintinas dr. Kalvaitytės siūlymas. Kiekvienoje medicinos šakoj, ne tik rentgenologijoj, retkarčiais padaroma žalos, pvzd. akušerijoj, chirurgijoj; tik čia iš tų sričių trūksta statistikos. Šiuo atveju skirti rentgenologijai ypatingos padėties neverta

Dr. Juškys (dr. Griniui). Įstatymas leidžia Sv. Departamentui kontroliuoti speciales įstaigas. Kol kas Medicinos fakultetas rentgenologijos katedros neturi ir asmenys, negalį prirodyti savo žinių, tikrinami komisijoj.

Dr. Žemgulys. Vieni tą teisę duoda V. R. M-riui, o kiti — Švietimo Ministeriui. Koks čia skirtumas? Sužalojimai esti ir pas specialistus, tik jų būna mažiau negu pas nespecialistus.

Dr. Koganas atpasakoja atsitikimą, kai gydytojas ir sesuo buvo užmušti Rentgeno spindulių.

Dr. Radzvickas sutinka su dr. Grinium, kad tokia kontrolė Sveikatos Dep-tui priklausyti negali. Toki specialistai turi rengtis jei ne vietoj, tai užsieniuose, kaip ir kitų sričių specialistai. Kontrolės teisė pavesti Sv. Depart-ui negalima, nes tai netikslu. Abejoja, ar pranyks sužalojimai, kada bus įvesta atskira katedra; nors jis yra didesnio skaičiaus katedrų šalininkas, tačiau katedra, prirengdama specialistus, neapsaugos nuo sužalojimų, nes tam tikras jų procentas visgi pasiliks.

Dr. Venckūnas. Vokietijoj rentgenologija dėstoma pripuolamai prie kiekvieno kurso ir nėra reikalo atskiros katedros.

Dr. Kerpauskaitė. Kvotimus laikant niekas nereikalavo iš jos žinių iš rentgenologijos.

Prof. Avižonis. Rentgenologija Vokietijoj dėstoma privatdocentų; pas mus gauti rentgenologijos katedra sunku, reiktų kreiptis į Seimą; esamais etatais organizuoti rentgenologijos katedra sunku; mano, kad iš tarpo tų klinikų asistentų, kurios daugiausia turi reikalo su R- spinduliais, išeis pirmieji r-logijos dėstytojai. K. Medicinos Draugija gerai padarytų, išnešdama pageidavimą, ir tai padėtų Medicinos fakultetui lengviau išgauti kreditų tam reikalui.

Prof. Boit'as siūlo komandiruoti iš vidaus ligų ir chirurginių klinikų po vieną asistentą specializuotis, kurie vėliau galėtų dėstyti rentge-

nologiją. Prie vid. ligų ir chirurginių katedrų reikėtų įvesti privalomi kursai ir darbai, kurie ineitų į egzaminų skaičių.

Dr. Vaiciuška. Vasaros metu būdamas užsieniuose, klausė rentgenologijos kursą; rentgenologija tenai neprivalomas dalykas, tik privatdocentų rankose; pas mus tai būtų per anksti. Paryžiaus klinikose r-logija įeina giliai į gydytojų rankas kaipo metodė; diagnostikos tikslams dispanseruose retas ligonis be to apsieina. Gastrologijoj kiekvienas specialistas moka apsieiti su R-spinduliais. Gėda būt, kad mes tenkintumės senoviškomis metodėmis. Palaiko prof. Boito siūlymą, kad būtų įvesti kvotimai ir būtų reikalaujama mokėti apsieiti su metode. Jeigu yra spraga, Seimas išdirbs taisykles rentgenologams. Reikia nusistatyti, kad dalykas būtų gerai atliktas.

Dr. Alekna siūlo diskusijas baigti ir eiti kitų klausymų svarstyti; be prisirengimo rezoliucijų netiekti.

Dr. Kalvaitytė. Dr. Matulevičius ir dr. Žemgulys nurodo, kad specializavimas neapsaugos nuo sužalojimų. Kitose medicinos srityse sužalojimų del nemokėjimo mažiau negu rentgenologijoj. Sužalojimai pas specialistus neišvengiami, o del nežinojimo ar apsileidimo turėtų sumažėti, jei ne išnykti. Dr. Koganas nurodė pavyzdį, kur gydytojas buvo užmuštas; tai atsitiko del rentgenologijos nežinojimo. Vokietijoj nuo gydytojų rentgenologijos maža reikalauja, rentgenologijos kursai Vokietijoj esti trumpi ir, kaipo neobligatoriniai, mažai lankomi. Prof. Avižonis mini docentūrą, o Lietuvos gydytojų suvažiavimų rezoliucijos gali daugiau reikšmės turėti — jos paskelbtos, bet iki šioliai rezultatų nematyti. Priešingai dr. Matulevičiui ji mano, kad apdraudimų draugijų daviniais sužalojimų rentgenologijoj procentas daug didesnis palyginti su kitais gydymo sužalojimais. Daro išvadą, kad reikia supažindinti besimokinančią jaunuomenę su rentgenologija.

IV. Dr. *Miron Ly iak* daro pranešimą ukrainiška kalba: **„Socialna diagnoza tuberkulozy"**.

Dr. Grinius (rusų kalba). Organizuota kova su tuberkuliozu Lietuvoj nevedama ir nėra plano, o nuo šitos ligos pagal d-ro Kogano tyrinėjimus apie 303 miršta kasmet Kaune, kas sudaro 300 — 100.000. Toks didelis koeficientas dabar retas kitose valstybėse, buvo tik 50 metų atgal. Anot vieno Amerikos gydytojo, New-Yorke miršta 9 iš 10.000, Vokietijoj 16 — 10.000. Dr Vl. Kairiūkštis nurodo apie tbc. kaime, kur sąlygos dar blogesnės kaip mieste. Jeigu imsime, kad vidutiniškai miršta 3 iš 1000, tai iš 2 mil. mirs 6000; vienam mirusiam tenka 7 kart daugiau ligonių bacilų nešiotojų. Del vieno lepros atsitikimo keliame daugiau triukšmo, o tas neturi tokios reikšmės. Jei vis naujos užkrėtimo porcijos eina į aplinkumą, tai ar mes pasieksime tų gerų sąlygų, reikia abejoti. Uždarbis pas mus žemas — už 5 litus gaunamas darbininkas, tuomet negalima turėti atatinkamo maisto. Vokietijoj nuo tbc. mirdavo 14 prieš karą, o Didž. Karo metu nuo 22 iki 30. Kova su tbc. skiriasi nuo kovos su luesu: ką gelbės ambulatorijos kovai su tbc. Čia daugiau reiškia valstybės ir visuomenės pagelbą, net ir bažnyčia. Ką gali duoti iniciatyva? Sveikatos Departamentas galėtų paimti iniciatyvą kovai su tbc., šis tas jau padaryta, turi eksponatų parodą, tai tik propagandai skirta, bet reikia gauti lėšų ir tik 1925 m. biudžete yra tam 200.000, reikia tikėtis, kad ateity bus daugiau lėšų. Geriau turėt daug tuščių ligoninių, ką galima pasiekti profilaktinėmis įstaigomis; reikių pradėti kova su vaikų tuberkuliozu ir mirtingumu. Mano, kad per maža dėmesio kreipiama į tokią plačiai išsivysčiusią ligą, kaip tbc.

Dr. Koganas (rusų kalba). Dr. Lysiak parodė vaizdą kovos su tbc., kaipo socialine liga. Jam (dr. K.) teko matyt, kokią didelę reikšmę turi socialinės sąlygos. Tuberkuliozinių ambulatorija praleido apie 2000 ligonių įvairių stadijų, diagnozės buvo gana tikslios, pusė buvo su aktyviu tbc. ir apie 200 ligonių su atviru tbc. serga biedni sluogsniai. Kontrolė namuose davė blogų rezultatų; apie butus, apie maistą, oro kubatūrą buvo minėta. Ligonių uždarbis mažas ir maistas silpnas, kreipėsi neturtingi. Ką

pasiekia dispanserai: dr. Lysiak teisingai pabrėžė dispansero rolę kaipo iniciatoriaus kovoj su tbc.; dabar juose negalima patalpinti ligonių, izoliacijų ligoninėse ir namuose nėra. Spiaudyklės buvo dalinamos, bet faktinai išvengti aplinkinių užkrėtimų sunku arba negalima, nes butai ankšti. Dispanserai gali būti tuomet naudingi, jeigu yra pagelbinės įstaigos kaip lovos, barakai vaikų izoliacijai ir t. t. Dispanserai reikalingi, bet, pirmą žingsnį padarius, reikia tolimesnio darbo. Visuomenė labai inertė. Draugijos kovai su tuberkuliozu posėdžių lankymas mažas (vidutiniškai apie 30). Lėšų kovai su tbc. maža; Miesto Valdyba per maža skiria lėšų, socialine pagelba apribota, ligoniai gaudavo tik spiaudykles, baltinius ir 20 litrų pieno. Lėšos kovai ir su tbc.: Ispanijoj siekia apie 50 mil. pezetų; pas mus, imant tą pat proporciją, lėšos turėtų būti daug didesnės. Sveikatos Departamentas ir gydytojai turėtų parodyti daugiau aktyvumo ir tik tuomet gal pavyks pasiekti gerų rezultatų

Dr. Lysiak. Dr. Grinius sako, kad veikimo prieky turi eiti valstybė, o aš manau, kad čia iniciatyva priklauso visuomenei. Taip visur (Čekoslovakijoj ir Rumunijoj) Sveikatos Ministerija yra tik narys tokių organizacijų arba lygų kovai su tbc. Dr. Koganas teisingai pabrėžė, kad, pirmą žingsnį padarius, negalima sustoti, reikia mokyklos, švietimo. Reikia įstatų ir gydytojų iniciatyvos, o valstybė ateis pagelbon kaipo organizacijos narys.

V. *Dr. Staugaitis* praneša, kad š. m. rugsėjo 11—13 d. ruošiamas 1-mas **Latvijos gydytojų suvažiavimas — kongresas.** Kyla klausymas, kaip į tai reaguoti: ar siųsti pasveikinimą ar delegaciją. Asmeninio pakvietimo nėra, tik iš laikraščių žinoma; bet ir mes, darydami pirmąjį suvažiavimą, nekvietėme Pribaltijo gydytojų. Valdyba nusistačiusi siųsti 2 delegatu, kurie galėtų pasveikinti.

Dr. Grinius siūlo nusiųsti pasveikinimo telegramą.

Dr. Tercijonas palaiko nuomonę, kad reikalinga siųsti delegacija.

Balsuojant, už pasiūlymą siųsti delegaciją paduota 10 balsų, už pasveikinimą 8.

Dr. Alekna klausia, ar bus asignuota tam lėšų.

Dr. Staugaitis: minimalis laikas 3 dienos, kelionės išlaidų 100 litų, pragyventi 3 dienos po 30 litų.

Kandidatai numatyti dr. M. Nasvytis ir dr. Staugaitis.

Pavesta tas klausymas išspręsti Valdybai.

VI. Dr. Staugaitis praneša, kad Lietuvos Gydytojų Sąjungos laikin. Valdyba yra nutarusi šįmet sušaukti suvažiavimą, išrinkti Valdybą ir išrišti kitus klausymus. Kaune numatomi atstovai nuo 3 draugijų, Šiauliuose nuo 1 (antra neįsiregistravus), Panevėžyj nuo 1, Kėdainiuose nuo 1 ir Mariampolėj organizuojasi 1. Valdyba prašo nurodyti palogiausią laiką, dienotvarkei klausymus ir atstovus į suvažiavimą.

24 val. posėdis baigtas.

K. Medicinos Dr-jos Valdyba.

2. Draugijos kovai su tuberkuliozu visuotiniojo susirinkimo protokolas.

1925 m. lapkričio mėn. 27 d., 20—23 val. Medic. Fakulteto auditorijoje (Gedimino g. Nr. 21).

Dalyvauja: prof. Jurgeliūnas, prof. Nonevičius, doc. V. Tumėnienė, priv. doc. P. Kairiūkštis, dr. Tercijonas, dr. Venckūnas, dr. Epšteinas, dr. Koganas, dr. Marcinkus, dr. Vienožinskienė, dr. E. Sleževičienė, dr. K. Grinius, vet. gyd. Butkevičius, dantų g. Degutienė ir dar apie 40 narių ir svečių.

Pirmininkauja dr. K. Grinius.

1. D-ro E. Sleževičienės pranešimas **„Apie Pirquet'o reakcijos davinius pas Kauno priemiesčio Slabados pradžios mokyklų mokinius".**

1925 m. pavasarį dr. E. Sleževičienė yra paskiepijusi Pirquet'o būdu 330 berniukų ir mergaičių. 84,8% berniukų ir 77,4% mergaičių yra davę teigiamąją Pirquet'o reakciją.

Pranešėjos buvo daugelio mokinių apžiūrėti butai ir gyvenimo sąlygos. Rasta perdėm daug elementariškų sanitarinių trūkumų — oro kubatūra permaža, kambaryj $2 \times 2^1/_2 \times 2$ metrų gyvena apie 5 žmonės, ventiliacija tik naturalinė, spjaudyklių nėra, atskirų vaikams lovų privačiuose butuose nėra, dulkių daug, baldai, sienos, grindys ir indai nešvarūs. Maistas daugiausia menkas. Daugelis vaikų yra apimti anemijos, skrofuliozės. Pranešėjos išvados ne linksmos — ne vienas ištirtas vaikas kvalifikuojasi į tikrus džiovininkus.

Diskusijose dalyvavo: P. Kairiūkštis, Koganas, Tumėnienė, Epšteinas, Venckūnas, prof. Nonevičius, Grinius.

2. D-ro L. Kogano pranešimas **„Apie kovos su tuberkuliozu organizaciją Lietuvos Respublikoje“.**

Danijos pavyzdžiais remiantis, pranešėjo apskaitliavimu, Lietuvos R. reikėtų įsitaisyti daugiau kaip 6000 sanitarinių, ligoninių ir prieglaudinių lovų vien tuberkuliozikams, kas atsieitų apie 50 su viršum milijonų litų be užlaikymo; su užlaikymu, Danijos maštabu imant, kova su tuberkuliozu atsieitų vieneriems metams apie 30 mil. litų su viršum arba apie 15 litų vienam gyventojui metams. Statyba galima būtų išdėstyti kokiems 25 metams; minėtos išlaidos gal ir nepasiektų tokio augščio, nes kovai su tuberkuliozu augant tokių ligonių skaičius mažėtų. Kitos valstybės tam reikalui išleidžia daugiau. Taip Naujorko valstijose kiekvienam gyventojui metams tenka daugiau kaip 2 doleriu.

Be to, pranešėjas nurodė eilę vietų, kur galima būtų įtaisyti tuberkuliozikams sanatorijos.

Diskusijose dalyvavo: dr. Marcinkus, dr. Venckūnas ir dr. Grinius.

Nurodoma buvo, kad kova su tuberkliozu sanatorijomis, atvirų džiovininkų izoliacija nepasiekia tikslo; kad toj kovoj daug sveria žmonių švietimas, higienos žinių platinimas, kūno auklėjimas; kad didžiausio dėmesio reikėtų kreipti į tai, kad iš mažens vaikai kuomažiausiai apsikrėstų tuberkuliozu, kad jie būtų sveikai auginami, kad gyventojų butų, maisto ir darbo sąlygos eitų geryn.

Dr. K. Grinius.

Iš Seimo darbuotės.

(Seimo stenogramos. 201-sis posėdis 1925 m. spalių 20 d.).

Ponui Vidaus Reikalų Ministeriui Seimo atstovo d-ro K. Griniaus paklausimas.

Pasiremdamas Vidaus Reikalų Ministerio rezoliucija iš 1925 m. sausio 29 d., Sveikatos Departamento Direktorius š. m. sausio mėn. 31 d. davė leidimą užsiimti gydytojo praktika Lietuvoje piliečiui Povilui Perevičiui, išėjusiam aukštuosius medicinos mokslus S. S. S. Respublikos Maskvos universiteto medicinos fakultete 1922 metais ir gavusiam tais metais gydytojo diplomą, nors jis ir nebuvo išlaikęs Lietuvoje valstybinių gydytojų ekzaminų.

Kalbamasis pilietis Pv. Perevičius pradėjo studijuoti aukštuosius medicinos mokslus Rusijoje 1917 metų pabaigoje (jo studijų knygelė Maskvos universiteto išduota 1917 m. lapkričio 22 d.), t. y. tuo laiku, kai Rusijoje jau buvo įsikūrusi Sovietų valdžia. Reiškia, pil. Pov. Perevičius ir pradėjo aukštuosius medicinos mokslus ir baigė juos S. S. S. Respublikoje.

Kadangi 1918 m. vasario 16 d. Lietuva pasiskelbė esanti nepriklausoma valstybė, todel nuo šitos datos Rusija Lietuvai tapo užsieniu. Reiškia, pil. P. Perevičius yra išėjęs aukštuosius mokslus užsienyje ir todel jam turėjo būti taikomas „Medicinos praktikos teisių Lietuvoje įstatymo“ (V. Ž. 1921

m. vasario 4 d. Nr. 56, eil. 532) 4--ojo §-o punktas c, t. y. jis, kad gautų medicinos praktikos teisę Lietuvoje, turėjo išlaikyti Lietuvoje valstybinius gydytojų ekzaminus.

Pil. Perevičius, grįžęs iš Sovietų Rusijos Lietuvon, 1924 m. pradžioje kreipėsi į valst. ekzaminuojamąją komisiją, prašydamas jį prileisti prie valstybinių ekzaminų III sesijoje. V. ekzaminuojamoji komisija iš pradžių buvo atmetusi pil. Pov. Perevičiaus prašymą, kaipo pervėlai paduotą (mat, III sesija jau buvo prasidėjusi 1923 m. gruodžio mėn.). Bet vėliau, palaikant pil. Perevičiaus prašymą Švietimo Ministeriui p. Bistrui, v. ekzaminuojamoji komisija nutarė leisti pil. Perevičiui laikyti valstybinius ekzaminus, jei jis pristatys pažymėjimą apie išlaikytus puskursinius ekzaminus. Klausimo, kad pil. Perevičiui būtų pritaikinta „Medicinos praktikos teisių Lietuvoje įstatymo“ 4-ojo §-o pastaba, t. y. kad jis būtų atleistas nuo visų ar dalies valstybinių ekzaminų, v. ekzaminuojamoji komisija net nerado reikalo ir spręsti. Pil. Perevičius ar delto, kad negalėjo pristatyti reikalaujamo pažymėjimo apie puskursinių ekzaminų išlaikymą, ar del kokių kitų priežasčių, prie valstybinių ekzaminų III sesijoje nestojo.

Vietoje to jis pradėjo rūpintis, kad jam būtų duota nuolatinis leidimas užsiimti medicinos praktika Lietuvoje nelaikant valstybinių ekzaminų. Pil. Perevičiaus pastangos pavyko: jis š. m. sausio 31 d. gavo iš Sveikatos Departamento nuolatinį leidimą užsiimti medicinos praktika Lietuvoje.

V. R. M. Sveikatos Departamentas, duodamas pil. Perevičiui nuolatinį leidimą užsiimti medicinos praktika Lietuvoje, matyti, pritaikė jam aukščiau minėto įstatymo 3-iojo §-o punktą b, kuris duoda teisę užsiimti medicinos praktika Lietuvoje, nelaikant Lietuvoje valstybinių ekzaminų, tiems Lietuvos piliečiams, kurie „yra gavę diplomą buvusių Rusų universitetų medicinos fakultetų arba jiems lygių įstaigų, išduotą po 1917 m. lapkričio mėn. 1 d. ir gali išrodyti, kad diplomas gautas išėjus visą mokslo programą ir išlaikius valstybinius ekzaminus“.

Taigi 3-iojo §-o punktas b, kaip matome, norintiems gauti teisę užsiimti medicinos praktika Lietuvoje, nelaikant Lietuvoje valstybinių ekzaminų, stato tris reikalavimus: 1. jie turi pristatyti buvusios Rusijos („buvusių Rusų“ = Buvusios Rusijos) medicinos fakulteto diplomą, gautą po 1918 m. lapkričio mėn. 1 d.; 2. jie turi išrodyti, kad tasai diplomas yra gautas išėjus visą mokslo programą, ir 3. jie turi išrodyti, kad tasai diplomas gautas, išlaikius valstybinius Rusijoj ekzaminus.

Nė vienam iš šitų reikalavimų neatatinka pil. Perevičius, kaip žemiau pamatysime.

1. Pil. Perevičius yra gavęs gydytojo diplomą ne iš buvusios Rusijos, bet iš S.S.S Respublikos medicinos fakulteto, praėjus beveik $4^1/_2$ metų po to, kai Lietuva, pasiskelbusi nepriklausoma valstybe, visiškai atsiskyrė nuo Rusijos, t. y. praėjus beveik $4^1/_2$ metų po to, kai Rusija Lietuvai tapo užsieniu.

2. Visiems yra žinoma, kad pirmaisiais keliais bolševizmo viešpatavimo metais Rusijos universitetuose mokslas buvo žymiai nupuolęs, daugelis žymių mokslišku jėgų buvo pašalinta, mokslo programos sutrumpintos, terorizuoti profesoriai statė studentams labai mažų reikalavimų. Pil. Perevičius studijų knygelėje nėra visos eilės profesorių parašų, bet visas užskaitas liudija Maskvos medicinos fakulteto dekano „spravka“. Nr. 824 iš 1922 m. birželio 22 d. Iš studijų knygelės taip pat neaišku, ar atlikti praktikos darbai iš anatomijos, operatyv. chirurgijos, teismo medicinos; neaišku, ar buvo klausyta palyginam. anatomija ir desmurgija (apie tai liudija tik viršminėtoji „spravka“). Be to, nėra pažymėta laipsnio iš topografinės anatomijos nei mokslo metų bėgyje nei valstybinių ekzaminų eilėje. — Todel negali būti ir kalbos, kad pil. Perevičius būtų išėjęs „visą medicinos mokslo programą“.

3. Iš pristatytos pil. Perevičiaus studijų knygelės matyti, kad jis yra išlaikęs valstybinius ekzaminus tiktai iš 14 dalykų, būtent: vaikų ligų, operatyvinės chirurgijos, patologinės anatomijos ir histologijos, akių ligų, nervų ligų, psichikos ligų, higienos, ginekologijos, akušerijos, chirurgijos, terapijos, odos ir veneros ligų, bendrosios patologijos, bakteriologijos. Studijų knygelėje trūksta pažymėjimų apie išlaikymą valstybinių ekzaminų iš šių svarbių dalykų: anatomijos, histologijos su embriologija, fiziologijos, fiziologinės chemijos, farmakologijos su toksikologija, mokslo apie mineralinius vandenis ir receptūrą, topografinės anatomijos, desmurgijos, teismo medicinos ir epizootijos su veterinarine policija. Taigi negali būti kalbos, kad pil. Perevičius būtų išlaikęs visus valstybinius ekzaminus, kaip to reikalaujama Rusų įstatymų XIII t. (1905 m. leidinys) 609, 611—617 §§.

Kai del termino, ligi kurio duotieji buvusios Rusijos universitetų medicinos fakultetų diplomai gali suteikti medicinos praktikos teisę Lietuvoje, nelaikant Lietuvoje valstybinių ekzaminų, tai jau pradžioje buvo nurodyta, kad galutinas terminas gali būti tik 1918 m. vasario 16 d. Ligi šito termino gautieji Rusijoje diplomai turi būti pripažinti Lietuvoje, nes ligi to termino Lietuva dar nebuvo atsiskyrusi nuo Rusijos. Bet į diplomus, gautus Rusijoje po 1918 m. vasario 16 d., jau reikia žiūrėti, kaip į gautus užsienyje. Jei mes reikalaujame, kad laikytų Lietuvoje valstybinius ekzaminus Lietuvos respublikos piliečiai, išėję aukštuosius medicinos mokslus Vokietijoje, Prancūzijoje, Anglijoje, Šveicarijoje ir kt., tai būtų visai neloginga atleisti nuo valstybinių ekzaminų tuos piliečius, kurie yra išėję aukštuosius medicinos mokslus ir gavę diplomus Sovietų Rusijoje, kur tasai mokslas buvo (iš dalies ir dabar tebėra) daug žemiau pastatytas, negu aukščiau minėtose šalyse.

Tiesa, 1921 m. ir 1922 m. pradžioje V. R. M. Sveikatos Departamentas yra padaręs klaidą, duodamas keliems (ar keliolikai) gydytojams, gavusiems diplomus Rusijoje po 1918 m. vasario 16 d., nuolatinius pažymėjimus užsiimti medicinos praktika Lietuvos respublikoj, nereikalaudamas iš jų laikyti Lietuvos respublikoje valstybinių ekzaminų. Bet vėliau Sv. Departamentas suprato savo klaidą ir daugiau tokių pažymėjimų nebedavinėjo. O iš kai kurių (pav. iš gyd. L. Kogano) pasistengė atimti duotus nuolatinius pažymėjimus ir tuo būdu tuos asmenis prispyrė laikyti Lietuvos r. valstybinius ekzamenus.

1922 m. rugsėjo mėn. 23 d. raštu Nr. 9334 Sveikatos Departamentas kreipiasi į V. R. Ministerijos juriskonsultą, prašydamas išaiškinti, nuo kurios datos Rusija yra laikoma mums užsieniu. Į tai gautas atsakymas: „Nuo vasario 16 d. 1918 m.“

1922 m. valst. ekzaminų komisija buvo nutarusi atleisti nuo ekzaminų kelis gydytojus, kurie turėjo diplomus gautus Rusijoje po 1918 m. vasario 16 d., k. a.: Varetą Faivelį, Melcą Peisachą, Rozovskį Salamoną, Golombeką Mejerį ir Kronzoną Leibą. Sveikatos Departamentui užprotestavus prieš tokį nutarimą, v. ekzaminuojamoji komisija savo nutarimą del aukščiau minėtų gydytojų panaikino (1922 m. XI. 9 d. Nr. 17) ir jie buvo priversti laikyti valstybinius ekzaminus. Štai kaip Sveikatos Dep-tas savo protestą motyvavo (1922 m. XI. 10 d. Nr. 11393): „Medicinos praktikos teisių Lietuvoje įstatymo“ 3-iojo §-o punktas b gali būti taikomas tiktai prieš 1918 m. II. 16, kuomet dar Rusija nebuvo visai mums užsieniu; nuo paskutinios datos Lietuva tapo nepriklausoma ir Rusija pasidarė jau užsieniu (ką liudija ir pridedamas čia juriskonsulto raštas 416 Nr.), ir todel prie gydytojų, baigusių po tos datos Rusijoj, turėtų būti taikomas tas pats paragrafas, ką ir prie kitų baigusiųjų užsienyje gydytojų“.

1922 metų pabaigoje ar 1923 m. pradžioje V. R. M. Sveikatos Departamentas yra išsiuntinėjęs aplinkraštį visiems apskričių gydytojams, įsakydamas pranešti visiems Lietuvos r. piliečiams, išėjusiems aukštuosius me-

dicinos mokslus užsienyje, o Rusijoje po 1918 m. 16 vas., kad jie ruoštųsi laikyti Lietuvos r. valstybinius ekzaminus, nes po tam tikro laiko bus iš jų atimti laikini pažymėjimai užsiimti medicinos praktika Lietuvos respublikoje.

Penkiose valst. ekzaminuojamosios komisijos sesijose (nuo 1922 m. pabaigos iki 1925 m. pradžios) yra laikę kvotimus apie 50 Lietuvos piliečių gydytojų, kurie buvo gavę gydytojų diplomus ar išėję aukštuosius medicinos mokslus Sovietų Rusijoje po 1918 m. vasario 16 d.; jų tarpe nemaža tokių, kurie aukštuosius medicinos mokslus studijavo dar prieš įsigalint Sovietų valdžiai, kai mokslas ėjo visai normaliai ir tiktai užbaigė juos bolševikų viešpatavimo pradžioje (1918 m. ar 1919 metais).

Klausiu poną Vidaus Reikalų Ministerį:

1. Ar atranda jis, kad pilietis Povilas Perevičius yra gavęs leidimą eiti medicinos praktiką Lietuvos respublikoj teisėtai?

2. Jei atranda, kad pil. Povilas Perevičius yra įgijęs leidimą eiti medicinos praktiką Lietuvos respublikoj neteisėtai, tai kaip mano p. Ministeris teisėtumą, atitaisyti?

(pas.) Dr. K. Grinius,
Seimo Narys.

Kaunas, 1925 m. Rugsėjo mėn. 10 d.

P. Vidaus Reikalų Ministerio Endziulaičio atsakymas į d-ro K. Griniaus paklausimą.

Į pono dr. Griniaus paklausimą del išdavimo leidimo praktikuoti gydytojui Perevičiui turiu garbės atsakyti štai ką.

Ponas dr. Grinius savo paklausime nurodo, kad gydytojas Perevičius pradėjo studijuoti medicinos mokslą ir užbaigė SSSR. Iš esamų Sveikatos Departamento dokumentų matyti, kad gydytojas Perevčius jau 1914 metais lankė Maskvos universitete medicinos fakulteto farmacijos skyrių. 1916 metais gydytojas Perevičius įgijo provizoriaus laipsnį. To paties universiteto medicinos fakulteto medicinos skyrių pradėjo lankyti 1917 m. rudenį. Einant veikusių tuo metu medicinos praktikos teisių Lietuvoje įstatymo § 3 p. b (Vyr. Žin. Nr. 56) gydytojas Perevičius turėjo teisės gauti nuolatinį leidimą užsiimti medicinos praktika Lietuvoje ir nelaikydamas valstybinių gydytojams ekzaminų. (Atstovas Grinius iš vietos: Kas tame punkte parašyta?) Sveikatos Departamentui medicinos praktikos teisių Lietuvoje įstatymo, paskelbto „Vyriausybės Žiniose“ 56 Nr., § 3 punktai buvo nevisai aiškūs. Praktikoje taikant nebuvo išleista jokių instrukcijų ar aplinkraščių. Todel Sveikatos Departamentas išdavinėjo leidimus by kuriam gydytojui, kuris pristatė dokumentus, tenkinančius minėto įstatymo § 3 punktų reikalavimams. Todel kiekvienas gydytojas, gavęs praktikos teises, remiantis tuo įstatymu, gaudavo nuolatinį leidimą praktikuoti Lietuvoje. Taip pat buvo išduoti nuolatiniai leidimai užsiimti medicinos praktika Lietuvoje ne vienam gydytojui Perevičui, bet visai eilei gydytojų. Jų yra 31. (Atstovas Grinius, iš vietos: Nuo jų atėmėt) — Neatėmėm, ponas daktare, aš paskui pasakysiu... Tai visa eilė gydytojų, kurie yra baigę medicinos mokslus po 1918 metų vasario mėnesio 16 dienos. Jų tarpe mes matome universiteto profesorių gyd. Lašą, gydytoją Matulionį, gydytoją Žemgulį ir visą eilę kitų, kurie, pasinaudodami minėto įstatymo § 3 tam tikrais punktais, yra gavę teisę praktikuoti Lietuvoje.

Ponas paklausėjas sutinka su Sveikatos Departamentu, kad šis išdavė Perevičiui leidimą užsiimti medicinos praktika einant minėto įstatymo § 3 punktu b, bet įrodinėja, kad gyd. Perevičius nėra išėjęs pilno medicinos mokslo kurso, ko reikalauja § 3 punktas b. Aš nesiginčysiu su ponu daktaru del medicinos mokslo padėties tuo metu Rusijoje. Man rūpi tiktai formališka įstatymo pusė. Yra įstatymas, kuris suteikia gydytojams tam tikrų teisių, ir man svarbu tik, ar buvo prisilaikyta to įstatymo raidės ir ar pada-

rytos savo laiku iš to įstatymo išvados del išdavimo visai eilei gydytojų užsiimti medicinos praktika yra teisėtos ar ne. Iš esamų Sveikatos Departamente dokumentų matyti, kad visų reikalaujamų Rusijos įstatymų XIII tomo 609, 611 ir 617 §§ valstybinius ekzaminus gydytojas Perevičius buvo išlaikęs. (Astovas Grinius, iš vietos: Kur?) Tad pilnai atatinka 3 § p. b įstatymo reikalavimui. Toliau ponas paklausėjas sako, kad daugelis gydytojų, baigusių medicinos mokslą Rusijoje po 1918 metų vasario 16 dienos, turėjo laikyti Lietuvoje valstybinius gydytojams ekzaminus. Tas netiesa. Visi gydytojai, kurie pristatė dokumentus, tenkinančius minėto įstatymo § 3 to ar kito punkto reikalavimus, gavo Sveikatos Departamento nuolatinius leidimus užsiimti medicinos praktika Lietuvoje, ir tik nepristatę dokumentų, įrodančių, kad jie išėję visą medicinos mokslų programą, ar visai nelaikę valstybinių ekzaminų prie tų universitetų, kuriuose jie yra mokslus išėję, vertė laikyti valstybinius ekzaminus Lietuvoje. Tiesa, Sveikatos Departamentas iš kelių gydytojų, kaip Ranas, Sauchatas, Koganas, kurie buvo gavę nuolatinius leidimus užsiimti medicinos praktika Lietuvoje, buvo pareikalavęs grąžinti leidimus, bet gydytojas Ranas ir kiti atsisakė tai padaryti ir išduotieji pažymėjimai pas juos pasiliko. Gydytojui Sauchatui įrodžius, kad jis yra išėjęs visą medicinos mokslą, pažymėjimas buvo grąžintas. Vienas tik gydytojas Koganas, negalėdamas pristatyti atatinkamų dokumentų, buvo priverstas laikyti valstybinius ekzaminus. Del ekzaminų komisijos nutarimo atleisti kai kuriuos gydytojus nuo ekzaminų laikymo Sveikatos Departamentas buvo pareiškęs tik savo abejojimą, kad jie galėjo būti neišėję pilno medicinos mokslo. Kodel ekzaminų komisija skaitėsi su tuo raštu, tai visai nesuprantama, nes, einant to paties įstatymo § 4 pastaba, ji galėjo pati savo valia atleisti minėtus gydytojus nuo valstybinių ekzaminų laikymo.

Kai del nurodyto paklausime aplinkraščio, kurį yra išleidęs Sveikatos Departamentas gydytojams, tai ten buvo raginami ruoštis valstybiniams ekzaminams tie gydytojai, kurie buvo išėję medicinos mokslą po 1918 m. vasario mėn. 16 dienos, ir tik tie gydytojai, kurie neturėjo dokumentų, pakankamai įrodančių, kad jie yra išėję pilną medicinos mokslo kursą. Apie 45 žmonės, kurie negalėjo ar nenorėjo įrodyti pilno mokslo kurso išėjimą, laikė ekzaminus prie valstybinių ekzaminų komisijos. Tie 31 gydytojas, kurie įrodė patiektais dokumentais pilno medicinos mokslo kurso užbaigimą, o jų tarpe buvo ir gydytojas Perevičius, gavo nuolatinius leidimus praktikuoti Lietuvoje.

Išeinant iš viso to, aš skaitau, kad gydytojui Perevičiui leidimas praktikuoti Lietuvoje yra išduotas visai teisėtai.

D-ro K. Griniaus papildomasis paklausimas.

Grinius (v. l.). Aš, būdamas ministeriu, stačiai pasakyčiau, gal kiek pameluodamas: klaida buvo, bet negaliu atimti paliudymą, kuris buvo duotas, ir viskas būtų pabaigta. (Kairėj juokas). Mat būta jau bandymų duotus praktikai eiti liūdymus atimti, bet gydytojai nedavė. (Kairėj juokas). Bet dabar žmogus, kuris neišlaikęs dešimties ekzaminų, kurių reikalauja gydytojo laipsniui įgyti programa, užsiima gydymu, kai ir kiti pilnamoksliai gydytojai. Ar gi galima nors ir farmaceutą atleisti nuo tokių dalykų neekzaminavus, kaip anatomija, teismo medicina ir kiti. Tik del to, kad tai Vilimo pažįstamas ar giminaitis, pil. Perevičius yra pastatytas lygiai su kitais gydytojais ir jam pavesta yra net labai aukšta vieta. Juk aš nebūčiau apie jį gal klausinėjęs, jei jis nebūtų paskirtas Sveikatos Depart. Medicinos Skyriaus viršininko vieton. Išeina, kad „negramotni“ medicinoje žmonės tokias vietas gali pas mus užimti. Taigi aš, protestuodamas prieš tokią tvarką, ir paskelbiau šiuo klausimu tokią ilgą faktų eilę apie neteisėtą pil. Perevičiui leidimą eiti medicinos praktiką Lietuvos Respublikoj. Taikinda-

masis prie Statuto, aš papildomai dar klausiu, ar p. Ministeris žino, kad dabar beveik taip pat yra padaryta ir su kitu užsieny mokslus išėjusiu gydytojum, su Dr. Jasaičiu, kuriam irgi toks liūdymas duotas, tiesa, laikinai, vieneriems metams *)?

Mediciniškosios terminologijos reikalu.

Dr. M. Kuprevičia (Žagarė).

Ląstelė ar narvelis?

Medicinos raštuose vienų rašoma cellula'i išreikšti ląstelė, kitų narvelis. Kai dabar Terminologijos Komisija svarsto medicinos įvardų nustatymą, praverčia dar sykį peržiūrėti, kuris gi lietuviškų žodžių geriau tinka lotyniškai cellula'i pavadinti?

Akutė, akelė, akytė retai kur bevartojama, nes paaiškėjo, kad šitie žodžiai netinka cellula'i pakeisti.

Dabar eina kova tarp ląstelės ir narvelio, kaip J. Elisonas buvo numatęs. Kuris gi šitų dviejų pavadinimų tinkamesnis? Aš linkstu prie ląstelės, o narvelį polikčiau ten, kur jo gimtinė. Narvelis yra tokia korio ląstelė, kurioj auginamas bitinėlio peras. Tokių narvelių visame avily yra 2—5 ir kartais daugiau. Bitinėliui išriedėjus, narvelis pačių bičių naikinamas ir paskiau 9—10 mėnesių bičių spiečiuje narvelių visai nėra. Tai kokia gi iš narvelio cellula, jei gyvoje draugijoj (bičių spiečiuje) jis pats retas svečias? Su žodžiu cellula susijusi pastovesnės vertybės sąvoka negu narvelis.

Taigi narvelį palikime avily bitinėlių perams auginti, o cellula'i išreikšti imkime ląstelę, kaip daro Elisonas. Tik negalima sutikti su Elisonu, kad ląstelė siaurai vartojamas tarmiškas žodis. Ląstelė paeina nuo žodžio „ląsta" (gūšta žąsim perėti), kuri plačiai žinoma ir vartojama; o kad ląstelė ir būtų tarmiškas žodis, tai vistiek nuo to jos vertė cellula'i išreikšti nemažėja. O kai tų ląstų (pagal žąsų skaičių) daugiau pridaroma, tai jos viena prie kitos glaudžiai prisišlijusios visai panašiai į cilindriško epitelio cellula's atrodo.

Taigi vartokime tik ląstelę, kaip daro Elisonas, Brundza, Murka, Matulevičius ir kiti. Narvelis, mano išmanymu, turi mažiau teisės cellula'i atstovauti.

Žagarė, 1924 m. lapkr. 1 d.

Kritika—Bibliografija.

1. **Ergebnisse der medicinischen Strahlenforschung. (Röntgendiagnostik, Röntgen-Radium- und Lichttherapie). Herausgegeben von H. Holfelder, H. Holthusen, O. Jüngling, H. Martius.** Bd. I.

Kalbamoji knyga sudaro pirmą tomą didelio moksliškai praktiško žurnalo, skiriamo medicinos diagnostikoje ir terapijoje vartojamų spindulių tyrinėjimų daviniams skelbti. Taigi šitas žurnalas turi būti pilnesnis negu leidžiami lig šiol „Fortschritte" ir „Strahlentherapie", kurie turi užsibrėžę tik tam tikras šitos specialybės sritis. Ir tikrai, jau kalbamajame I-me tome randame rimtų straipsnių iš įvairių šitos srities specialybių, būtent: rentgenodiagnostikos, rentgenoterapijos, spektroskopijos, ionizacijos (respdozimetrijos), radioterapijos audinių sensibilizacijos ir, pagaliau, apie apsi.

---

*) „Taip pat" čionai suprantama „tokiu būdu", t. y. kad ir dr. Jasaitis, kaip ir dr. Perevičius, yra gavęs leidimą medicinos praktikai eiti Lietuvoje neteisėtai. *Dr. K. Grinius.*

saugojimo priemones ir Rentgeno įstaigų įrengimą. Straipsnių autoriai — žymūs savo srityse specialistai, k. a. Fischer, Glocker, Kustner, Holthusen ir kiti. Diagnostikos ir terapijos straipsniai parašyti lengva, gerai suprantama, kalba ir, ypač diagnostikos dalis, turtingai iliustruota normalių ir patologiškai pakitusių organų atvaizdais, škicais ir, pagaliau, fotografinėmis tabelėmis. Straipsniai apie spektroskopiją ir ionizaciją taip pat iliustruoti fotografiškais elektronų bėgių atvaizdais. Šitie straipsniai paremt matematiškomis formulėmis, ir detaliai jiems išstudijuoti reikalinga žinoti aukštoji matematika. Bet ir be aukštosios matematikos gerai galima suprasti pagrindinė idėja ir daug ko išmokti. Todel visiems kam rūpi neatsilikti nuo vykstančios šitoje specialybėje pažangos ir ypač didesnėms rentgenologijos įstaigoms reikėtų įsigyti šitas I tomas ir užsisakyti šitas žurnalas.

Pirmasis tomas turi 750 pusl. in octavo, kainuoja be aptaisų 45 vokiškas markes (112 lt. 50 ct.), su aptaisais gi 48 mark. 60 pf. (121 lt. 50 ct.).

Gyd. Kalvaitytė.

2. *Dr. Vollmann.* **Die Fruchtabtreibung als Volkskrankheit.** Leipzig, 1925 mt. Kaina 1,20 R. M.

Dirbtini abortai buvo žinomi jau prieš 2000 metų graikams, romėnams ir kitoms to laiko tautoms Paskutiniais metais Vokietijoje skaičius abortų žymiai padidėjo, kas verčia rimtai susirūpinti Vokiečių tautos likimu. Kai 1880-ais metais 100 naštumų atatiko daugiausia 10 abortų, Freudenberg'o davinais už 1909—1921 metus Berlyne 100 naštumų atatiko 40 abortų. Remdamasis daviniais moterų klinikos, ligonių kasų ir privačių gydytojų, Hansberg'as Dortmunde randa, kad 1924 metais skaičius abortų perviršijo skaičių gimimų.

Iš viso skaičiaus abortų žymiausias nuošimtis tenka dirbtiniams abortams. Prof. Bumm'o daviniais, 89% visų abortų—dirbtini. Hirsch gi mano, kad pas moteris amžiuje 31—36 mt. 98% abortų — dirbtini.

Su didžiu širdgėla autorius pastebi, kad Vokiečių tauta pradeda eiti Francūzijos pėdomis. Taip 1913 metais prieauglius Vokietijoje buvo 800.000, gi 1921 metais tik — 400.000. Freudenberg'o statistiniais daviniais, Halle ir Berlyne nuo dirbtinių abortų miršta 2% moterų, (kurioms abortas buvo daromas), t. y. 6 kartus daugiau negu nuo gimdymų ir tik 3 kartus mažiau negu nuo tbc.

Jei nežiurint į pavojų, dirbtinių abortų skaičius vis daugėja, matyti, yra rimtų priežasčių. Privedami mokslai Thomas Malthus'o iš 18-tojo šimtmečio ir Robin'o — praėjusio šimtmečio, daug prisidėjusieji prie padaugėjimo abortų ir apsisaugojimo nuo pastojimo.

Įvairių valstybių įvairiais laikais įstatymai šnairiai žiūrėjo į abortus. Romėnų teise, vaisius laikomas dalimi motinos kūno, su kuriuo (vaisium) motina gali elgtis, kaip jai patinka. Autoriaus nuomone, kiekvienas žygis, iššaukiąs abortą, turi būti baudžiamas. Vokietijos Baudžiamojo Kodekso 1870 metų 218, 219 ir 220 §§-ai baudžia kaip pačias moteris, darančias sau abortus, taip lygiai ir pašalinius asmenis, darančius abortus su moterų sutikimu, o ypač be jų sutikimo Po Didžiosios Revoliucijos Vokietijoje Reichstagan buvo įnešti Baudžiamojo Kodekso viršminėtų §§-ų 2 pakeitimu: 1920 metais — nepriklausomųjų socialistų — visiškai jie panaikinti, gi socialistų didžiumos — pakeisti tie §§-ai ta prasme, kad moterys nebaudžiamos, jei abortai bus daromi gydytojų pirmuose 3 mėnesiuose naštumo. Šitų projektų motyvai šie:

1) uždraudimas dirbimo abortų — įsiveržimas į moters asmens reikalus, kuri su vaisiumi gali daryti, kas jai patinka;

2) reikalavimas būtinai gimdyti neatatinka doros reikalavimų, kadangi naujagimio likimas gali būti vien vargas, fizinis ar dvasinis išsigimimas;

3) vaisius gali būti iššaginimo pasekme;

4) baudimas nepasiekia tikslo, nes abortų skaičius kasdien auga;

5) dėliai baustinumo abortai daromi netobulai, ko galima būtų išvengti, jei abortai būtų legalizuoti.

Autorius kiekvieną iš šitų motyvų kritikuoja. Autorius mano, kad baimė pastoti sulaiko dar daugelį mergaičių nuo laisvos meilės; jei abortai būtų legalizuoti, tai dorovei grestų didelio pavojaus.

Autoriaus pasiūlymai del abortų šie:

1) Aprūpinimas daugvaikių šeimynų:
   a) paliuosavimas nuo mokesčių,
   b) aprūpinimas butais,
   c) nemokamas mokymas,
   d) protegavimas vedusių prieš nevedusius.
2) Aprūpinimas neščių.
3) Apsauga netekėjusių motinų ir nelegalių kūdikių.

Dr. Ciplijauskas.

Kronika.

Nekrologai:

† **Užsieniuose mirė**: 1) Eupatorijoj (Krime) Charkovo med. inst-chirurgijos prof. N. P. Trinkler'is, 66 m. amž.; 2) Leningrade dermato. logas ir venerologas prof. E. F. Fridman'as, sirgęs tuberkulioze; 3) Krime Maskvos univers. med. fak. dekanas ir fakult. chirurginės klinikos direktorius, buv. Pirogovo dr-jos pirmininkas prof. F. A. Rein'as; 4) Baden-Badene, eidamas 86 m. amž., prof. Bernhard'as Naunyn'as; 5) Gisene oftalmologijos prof. Adolfas Vossius, plačiai žinomo vadovėlio autorius; 6) Miunchene žinomas antropologas prof. Rudolfas Martin'as, antropologijos laikraščio redaktorius ir žinomo antropologijos vadovėlio autorius; 7) Londone pagarsėjęs anglų neuropatologas Howard Henry Toods, Bartlamejaus ligoninės konsultantas; 8) garsus anglų laringologas Thomas Marc Hovell, 73 m. amž.; 9) Naujorke netikėtai mirė garsus Amerikos dermatologas, Kolumbo universiteto prof. John Adisson Fordyce; 10) Budapešte gabus pediatras proj. Julius Gross'as; 11) Vienoje prof. J. Breuer, sukūręs kartu su Freud'u psichoanalizės mokslą; 12) Beirute (M. Azija) žuvo automobilių katastrofoje Tautų Sąjungos higienos komisijos nariai gydytojai Samuelis Taylor'as ir Normanas Lothion'as iš Baltimoros, važiavusieji maliarijos šaltinių ieškoti; 13) Berlyne žinomas terapininkas prof. Adolfas Lazarus, gabus ir daug žadėjęs Erlicho mokinys, paskelbęs keletą savo tyrinėjimų kraujo ligų srityje. Deja, velionis, anksti pamėgęs medicinos praktiką aukštų Berlyno valdininkų tarpe, ir atsitolino nuo moksliško darbo.

Aukštasis medicinos mokslas.

⚔ **Klinikų reikalu** prof. Avižonis yra įteikęs medic. fakulteto tarybai tam tikrą memorandumą, su kuriuo susipažinusi fakulteto taryba priėmė maž daug šį nusistatymą.

Medicinos fakultetas privalo turėti nuosavias klinikas, kurios galėtų aprūpinti ir įvairių sveikatos įstaigų reikalavimus ligoniams guldyti; viso Kaunui užtektų apie 1000 lovų. Turėti klinikos svetimose įstaigose fakultetui labai nepatogu, o ir praktiškai tatai sudaro keblumų (dviguba administracija ir t.t.). Universiteto klinikos reikia statyti patogioj vietoj, netoli centro ar bent pakalnėse. Siūlomoji vieta Linksmadvary netinka. Pirma eile turėtų būti statomos oftalmologinė ir chirurginė klinikos.

⚔ **Teismo medicinos katedra** laikinai pavesta globoti prof. Vinteleriui.

⚔ **Asistentų reikalai.** 1. Fiziologijos ir fiziologinės chemijos katedros b. asistentui Dr. Sapočinskaitei-Lazersonienei, išbuvusiai savo vietoje 3 metus, nustojus eiti pareigas, atsirado vakuojanti asistento vieta. Prašymai priimami.

2. Medicinos fakulteto taryba yra nutarusi kreiptis į ministerių kabinetą, prašant leisti į vieno asistento etatinę vietą, reikalui esant, samdyti du asmeniu su pusiniu atlyginimu.

3. Bendros patologijos ir patologinės anatomijos katedros prozektorium išrinkta Dr. P. Kalvaitytė, d-rui K. Oželiui savo kandidatūrą nuėmus.

4. Medicinos fakulteto taryba išreiškė pageidavimą, kad vyr. operac. chirurgijos katedros asistentas Dr. Kuzma pasilktų užsienyje (Vienoje) dar vienerius metus, kaipo Rokfelerio stipendiatas, docentūrai prisiruošti.

5. Įvado į vidaus mediciną katedros vyr. asistentui d-rui Al. Petrikus pasitraukus, vyr. asistento vietą užėmė d-ras S. Laurinavičius, buvęs iki tol tos katedros jaun. asistentu. Jaun. asistento vieta kol kas dar neužimta.

× **Diplomai.** Iškilmingai išduoti diplomai devyniems baigusiems pirmą laidą „chemikams-vaistininkams".

× **Del baigusių Dotnavos technikumą.** Nutarta prašyti švietimo ministerį leisti baigusiems Dotnavos žemės ūkio technikumą stoti veterinarijos skyriun lygiai su turinčiais brandos atestatą, tik su papildomuoju egzaminu iš lotynų kalbos.

× **Naujas institutas Leningrade.** Čia įsteigtas pirmas SSSR mokslo institutas ausų, nosies ir gerklės ligoms tirti. Artimiausioji jo užduotis sekti šitas ligas, kaipo profesinį susirgimą, tirti mokslo klausymus savo srityje, teikti gyventojams specialią pagalbą ir ruošti gydytojus specialistus.

× **Naujas laikraštis.** Maskvoj „Gosizdat" vėl ėmęs leisti laikraštį **„Laboratornaja Praktika"**, ėjusį prieš 10 metų. Laikraštis turi tikslą tiekti skaitytojams naujausių žinių iš serologijos, bakteriologijos, higienos, patolog. anatomijos ir kt. laboratorinės technikos. Laikraščio atsakomingas redaktorius prof. O. I. Bronštein'as.

Draugijos, suvažiavimai, susirinkimai ir parodos.

× **Draugijos kovai su tuberkulioze valdyba** daro š. m. lapkričio 28 d. savo posėdį su sveikatos įstaigų atstovais (ir Kauno medicinos draugijos atstovu) pasitarti del steigimo Kaune ligoninės sergantiems tuberkulioze.

× **XIV Vokietijos socialinės ir teismo medicinos draugijos suvažiavimas** įvyko Bone š. m. spalių m. 14—16 d.

× **Bendros higienos paroda** atidaroma 1926 metais Diuseldorfe. Joje dalyvaus vokiečių universitetų higienos profesoriai, veterinarijos mokyklų profesoriai ir stambių higienos bei tyrimo institutų direktoriai.

Likėnų dvaro mineralinių vandenų analizės rezultatai.

(Analizė padaryta Valst. Technikos-Chemijos laboratorijoje).

Reakcija	silpnai šarminė.
Skonis	normalus.
Kvapas	be kvapo.
Lyginamasis svoris $\left(\frac{15^0\ C}{4^0}\right)$	1,00237
1 litre gramų:	
Sausos liekanos	2,051
Kationai:	
Kalio ionas (K+)	0,00265
Natrio ionas (Na+)	0,00388
Ličio ionas (Li+)	0,00018
Kalcio ionas (Ca++)	0,5709
Magnio ionas (Mg++)	0,023928
Anionai:	
Chloro ionas (Cl—)	0,0044
Sulfato ionas (SO_4— -)	1,19904

Hidrokarbonato ionas (HCO_3 —)	0,2805
Iod - ionas (I —)	nėra
Brom - ionas (Br —)	pėdsakos.

Druskų lentelė.

Vandens sudėtis atatinka tirpinį, kurio 1 litre yra:

Kalio chlorido (KCl)	0,00506
Natrio chlorido (Na Cl)	0,00329
Natrio sulfato (Na_2SO_4)	0,00774
Ličio hidrokarbonato ($LiHCO_3$)	0,00210
Magnio sulfato ($MgSO_4$)	0,1197
Kalcio sulfato ($CaSO_4$)	1,54515
Kalcio hidrokarbonato ($Ca_2(HCO_3)_2$)	0,50289

Gydytojų reikalai.

× **Reikalingi gydytojai** šiose vietose: 1) Aleksandravėlėje, Rokiškio apskr.; 2) Birštone, Alytaus apskr.; 3) Kovarske, Ukmergės apskr.; 4) Pašvitinyje, Šiaulių apskr.; 5) Tirkšliuose, Mažeikių apskr.; 6) Želvoje, Ukmergės apskr.

× **Zarasų apskr. ligoninės** vedėju yra paskirtas dr. Janulis, o ne dr. A. Smalstys, kaip kad klaidingai atspausdinta „Medicinos“ Nr. 5, 374 p. Dr. Smalstys yra Tauragės psichiatrinės ligoninės gydytoju asistentu.

× **Valst. Jurbarko plaučių ligų ligoninės** vedėju paskirtas dr. Al. Petrikas, buvęs L Univ - to įvado į vidaus mediciną katedros vyr. asistentas.

× **Vilkaviškio apskr. ligoninės** vedėju paskirtas dr. Ant. Babelis.

× Naujas **„Lietuvos medicinos, veterinarijos ir farmacijos personalo bei įstaigų sąrašas“** tuojau po Naujų Metų bus pradėtas spausdinti.

× **Gydytojų pelnas Rusijoj.** „C. K. Medsantrud'o“ daviniais, bendros gydytojo šeimos pajamos miestuose, vidutiniškai skaitant, šios: Maskvoje — 154 r. 71 k., Leningrade — 127 r. 34 k., Tiflise — 150 r. 58 k., Rostove — 107 r. 71 k., Urale — 131 r. 48 k., Tambove — 96 r. 19 k. 63.6% bendrų pajamų tenka pagrindiniam uždarbiui. Privatiškos praktikos pelnas labai įvairus — nuo 0,4% Urale iki 28% Tiflise; vidutiniškai — 12,3%. Maistui bendrai išeina 42 5%, butui, kurui, šviesai — 17,2%; rūbams, avalynei — 12,1%; kultūriškiems reikalams tenka 5,2% visų išlaidų („Mosk. med. žurn.“).

× **Gydytojų mirtingumas Rusijoj.** D. N. Žbankov patiekia gydytojų mirtingumo skaitmenis 1914—25 m. Turimais (dar nebaigtais) daviniais nuo 1914 m. rugpiūčio mėn. iki 1922 m. mirė iš viso 3103 gydytojų — 2832 vyrai ir 271 moteris, tariant, vidutiniškai vieneriems metams tenka 372 mirusieji gydytojai (174-iais daugiau sulyginus su oficiališkais 1903—1909 m. daviniais). Daugiausia mirė 1919—20 dėmėtosios šiltinės metais — 544 ir 510. 1921 metais pradedant mirusių gydytojų skaičius krinta. Daugiau kaip pusė gydytojų (55,8%) mirė 24—50 metų amžiuje; 40% - 51—70 m. amž. ir 4,4% daugiau kaip 70 m. amž. Dėmėtoji šiltinė nuvarė į kapus 58% vyrų ir 63.8% moterų gydytojų. Žymus skaičius mirusių smegenų ir širdies ligomis („Vrač. Dielo“)

× **Praktikos teisė svetimšaliams Francūzijoj** labai sunku įgyti, net baigusiems francūzų medicinos fakultetus. Kalta tam gydytojų hiperprodukcija. Nesenai švietimo ministerija patvirtino nusistatymą, kad praktikos teisei įgyti, be fakulteto baigiamųjų egzaminų, reikia dar pristatyti francūziško licejaus baigimo liudymas (baccalauréat). Tatai faktiškai atima svetimšaliams paskutinę viltį įgyti praktikos teisę arba gauti medicinos tarnybą Francūzijoj Įdomus dar šitoks faktas. Beirute 1885 m francūzų įsteigtas medic. institutas, į kurį kasmet baigiamiems egzaminams komandiruojama Liono universiteto profesorių komisija. Išlaikiusiems Beiruto medic. institute baigiamuosius kvotimus vis tik neleidžiama užsiimti gydytojo praktika Francūzijoj, o leidžiama praktikuoti tik Sirijoj ir francūzų kolonijose Afrikoj ir Indokinuose.

Sveikatos reikalai.

× **Sveikatos Departamento Sanit. Sk.** š. m. rugsėjo mėn. įregistruota susirgimų infekcinėmis ligomis: kruvinąja 12 (mirė 2); dėmėtąja šiltine 8 (mirė 1); vidurių šiltine 80 (mirė 2); skarlatina 149 (mirė 7); difteritu 22; febris puerper. 8; influenza 213; kokliušu 35 (mirė 1); tymais 34 (mirė 1); vėjaraupiais 4; malarija 3; epid. parotitu 2; rože 26; tuberkulioze 151 (mirė 8); trachoma 182; vener. ligomis 146 (lues'u 54; gonorrhoea 91; minkšt. šankeriu 1); scabies 70.

× **Ligoninių sutvarkymas Š. Amerikoj.** Žinomas Berlyno pediatras prof. Finkelštein'as, išbuvęs apie 4 mėn. Š. Amerikoj, kurion jisai važinėjęs savo mokinių prašomas pediatrijos paskaitoms laikyti, patiekia įdomios medžiagos Š. Amerikos ligoninių sutvarkymo klausymu. Ligoninės ten statomos koridorių sistemos. Apačioje — pirmam gyvenime — paprastai tilpsta socialės apsaugos skyrius, ligoninės administracija ir pan. Visi kiti gyvenimai paskirstyti specialybėmis. Techniškas įtaisymas praneša puikiausį įtaisymą bet kurios europeiškos ligoninės; net terapiniame skyriuje švarumas esąs netolimas aseptikai. Visa siekia komforto; ligonių slaugymas daug geresnis negu Vokietijoj. Seserys apmokomos dabar ketverius metus ir jos, iš tiesų, ideališkai apmokintos. Laboratorijos įtaisytos su prabanga. Apkrečiamoms ligoms paskirtos atskiros ligoninės. Atskirų ligonių vaikams nėra, bet bendros ligoninės turi skyrius vaikams; štie skyriai tilpsta pačiame aukščiausiame gyvenime su didžiuliais balkonais ir stogo sodnais. Šiuo metu plačiai vartojamas difterinis Schick'o bandymas ir analogiškoji metodė skarlatinai, Dick'ų (vyro ir žmonos) sugalvotoji. Be galo daug lėšų skiriama laboratoriniams tyrimams (ypač Rokfelerio instituto, kame dirba daug svetimtaučių tam tikromis direkcijos pasiūlytomis mokslo temomis).

Europietį stebina įvairių medicinos įstaigų turtingumas; mat, Amerikoje pinigų netrūksta — „no trouble for money". Šiuo metu daug dirbama ypač rachitui ir vitaminams pažinti. Insuliną vartoja ne vien diabeto ligoje, bet pasikartojančiam vėmimui, anoreksijai, atrofijai ir toksikozėms gydyti (pas vaikus). Sensibilizacijos ligose, būtent, astmoj, catarrhus aestivus, įvairiose ekzemose, vazomotoriškose neurozėse, plačiai vartoja skiepymą odon ir gauna gerų sėkmių. Pastebimas didis pamėgimas tonzilotomijos, kuri dažnai palieka blogas pasekmes — suaugimus ir atrofiškus faringitus. Pastaruoju metu iškilo nauja „madni" nosies ančių (sinusų) operacija genuiniškoms nefrozėms gydyti: mat, amerikiečiai riša genuiniškas nefrozes su stafilokokiškais priedinių nosies ančių susirgimais. Nepaprastai dažnai pasitaiko Amerikoj pylorų spasmus, kurį dažnai gydo operacišku būdu, ir diabetas; tuberkuliozę, priešingai, retai tesutiksi. Puikios ligoninės pavyzdžiu galima laikyti Ročesterio institutas, turįs visoms medicinos specialybėms skyrius, žinomų autoritetų vedamus. Europiečiai žino tik jo chirurginį skyrių, garsių brolių Mayo vedamą. Painesnių diagnozių atvejais ligoniai pereina visus šito instituto skyrius (yra ir medžiagos apykaitos ligų skyrius) ir, galiausiai, patenka centralinėn konsultacijon, kuri jau nustato gydymo planą.

× **Vedybų tvarka Rusijoj.** „Narkomvnudiel" ir „Narkomzdrav" išleidę įsakymą, kuriuo susituokiantieji privalo patvirtinti parašu pažinę vienas antro sveikatos stovį. Paėmus iš vedančių minėtus parašus įsakymas liepia paskelbti jiems ir išaiškinti 155 str. prasmę (apkrėtimas veneros ligomis).

× **Rusijos felčerių teisės.** Med. personalo prof. teisių nuostatų 27 str. suteikia felčeriams teisę daryti kai kuriuos profilaktiškus ir gydomuosius skiepymus Dabar NKŽ ir ČK sustatę tų skiepų sąrašą. Taigi felčeriams leista daryti šie skiepymai: a) raupų vakcinacija, b) apsaugomieji choleros ir vid. šiltinės skiepymai tais atvejais, kai jų reikalingumas pripažintas vietinės sanitarinės valdžios, c) gydomieji difterijos skiepymai, d) profilaktiškas mėšlungio skiepymas. Artimiausiu laiku NKŽ žada išleisti šitam klausymui sureguliuoti atskirą aplinkraštį.

⚔ **Gailestingosios sesers vardo pakeitimas Rusijoj.** „Revvojensoviet“ nutaręs pakeisti seną „galest. sesers“ vardą nauju „mediciniškosios sesers“ vardu.

⚔ **Bakteriologijos institutų skaičius Vokietijoje** vis auga. Vienoj tik Tiuringijoj jau esama 3 bakteriol. institutų: Jenoj, Gere ir Gote.

⚔ **Medicinos žinių populiarizacijai** Vokietijos Raudonasai Kryžius išleido filmą „Pirmoji pagelba nelaimingais atsitikimais“. Filma turi tris skyrius: piautos ir plėštos žaizdos, nudegimai, lūžimai ir išnirimai ir paskendimas, užšalimas ir apalpimas.

⚔ **Dr. Query serumo reklama.** Pasak „Klinische Wochenschrift“ Vokietijoj jau kurį laką vedama agitacija Paryžiaus gydytojo Query priešsifiliniam serumui išplatinti. Autorius išleidęs savo vaistams reklamuoti atskirą knygutę, išverstą ir vokiškon kalbon Šitame veikale Query šdėsto savo pažiūrą į sifilio sukėlėją, kuris būk esąs polimorfiškas bacilas. Jo pagamintas iš bacilo kultūros serumas duodąs, būk, puikių terapinių sėkmių, ką patvirtinančios pridedamos ligų istorijos. Žinomas Ciuricho sifilidologas prof. Bloch'as užklausė del Dr. Query serumo vieno autoritetingo Paryžiaus venerologo nuomonės. Pastarasai atsakė, kad iki šio laiko nėra buvę jokių rimtų pranešimų apie Dr. Query serumą nei dermatologijos draugijose nei Paryžiaus ligoninių posėdžiuose. Buvę tik pranešimų apie šitą serumą bendroje spaudoje; pas gydytus Dr. Query serumu ligonius jokių pasekmių nepastebėta.

⚔ **Francūzijos higienos ministerijos sąmata** tapo sumažinta vienu trečdaliu numatytos sumos. Dėliai to Paryžiaus mokslo akademijos higienos sekcija įteikė įstatymus leidžiamoms palatoms motivuotą protestą.

⚔ **Kova su vėžiu Francūzijoj.** „Medicinos“ š. m. Nr. 1—2 jau buvo pranešta apie rimtai pradedamą Francūzijoj kovą su vėžiu. Dabar konsultacijos punktai virto institutais, priskirtais prie atatinkamų universitetų (Paryžiuje, Lione, Mansi, Monpelije, Tuluzoj, Strasburge). Įvairūs patarimai ir nurodymai gydytojams (diagnostikai ir gydymui) teikiami dovanai iš institutų. Institutai turi laboratorijas ir aparatus giliajai rentgenoterapijai ir gydyti radio pagelba.

⚔ **Bauda už reklamą.** „Rad-Jo“ preparato fabrikantas Hamburge nubaustas už neteisėtą savo gaminių reklamą pinigine bauda 1000 markių suma.

⚔ **Ekspedicija miego ligai (nagana) tirti.** Įvykusioje Londone tropinės medicinos konferencijoj iškeltas klausymas pasiųsti specialią ekspediciją centralinėn Afrikon miego ligos (nagana) epidemiologijai ir patologijai tyrinėti.

⚔ **Diagnostikos institutas.** Londone atidarytas privatiškas diagnostikos institutas, kame ligonis už 15 ginėjų visapusiškai ištiriamas visų specialybių gydytojų.

⚔ **Kova su slaptais ir patentuotais vaistais Anglijoj** pradėta pastaruoju metu varyti rimčiau. Manoma visai uždrausti ištisos šitų vaistų eilės pardavimas. Paminėtinas vaistas nuo kurtumo, trūkių ir 10 kitų ligų (vėžio, džiovos, sifilio, vilkligės, nuomariaus, amenorejos, diabeto, progresuojamojo paraližiaus, nugaros smegenų džiovos ir inkstų uždegimo). To vaisto reklamų pilna ir bendra ir medicinos spauda. Numatomas naujas įstatymas, kurs, matyti, būsiąs panašus į vokiečių reglamentą.

⚔ **Naujas sanitarijos įstatymas Š. Amerikoje.** Amerikos Jungt. Valstybėse pradėjęs veikti „Pan American Sanitary Code“. Šitame įstatyme sutrauktos visos sanitarinės priemonės ir kovos būdai su infekcinėmis ligomis ir susirgimų bei mirtingumo statistikos rinkimo taisyklės, nutarimai del dezinfekcijos ir t.t. Visa suderinta su esamais tarptautiškais nuostatais. Naujai organizuojamas sanitarinis visai Amerikai biuras bus įsteigtas Vašingtone.

⚔ **Raupais Anglijoj** imta rimtai domėtis ir nerimauti. Pirmais trimis šių metų mėnesiais įregistruota daugiau 1600 susirgimų variola vera. Iki pastarojo laiko kai kuriose provincijos vietose skiepymas vedamas labai blogai.

Pašto dėžutė.

D-rui Gu·evu· (Panevėžyje). 1) Tamstos rašinys „Del mašnelės gigantiškų navikų kazuistikos“ bus įdėtas dar šių metų „Medicinon“. 2) Tamistos apdraustame laiške kalbama apie 20 litų, gi rasta tik 10 litų; todel Tamista dar esi skolingas už š. m. „Mediciną“ 10 litų.

D-rui T. Goldbergui (Jurbarke). Tamistos rašinys „Acranius'o su hydramnion'u atsitikimas“ bus įdėtas š. m. „Medicinos“ 11 ar 12 num.

D-rui Vl. Kuzmai (Vienoje). Tamistos rašinys „Iš Vokiečių Draugijos virškinimo ir medžiagos apykaitos susirgimams tirti posėdžio Vienoje“ (28 pusl.) bus įdėtas š. m. „Medicinos“ 11 num. Antrą rašinį „Žvilgsnys į biologinės krypties išsivystymą klinikos ir praktikos medicinoje sąrišyje su atskirų audinių, mikrobų ir navikų mikroskopiškais tyrimais“ (136 pusl.) pasistengsime išleisti atskira brošiurėle.

D-rui Pet uliui (Rokiškyje) „Rokiškio apskr. Gydytojo 1924 mt. apyskaita“ greičiausiai bus įdėta š. m. „Medicinos“ 12 num.

D-rui Šlapoberskiui (Šiauliuose). Tamistos rašinys „Pagrindai mokslo apie kalcį medicinoje“ bus įdėta š. m „Medicinos“ 11 num.

Nuo „Medicinos“ Redakcijos ir Administracijos.

Gerb. **„Medicinos“** skaitytojai, kurie ligi šiol nėra dar užsimokėję už **„Mediciną“** 1925 mt., maloniai prašomi kuogreičiausiai atsilyginti.

Kas iš **„Medicinos“** skaitytojų dar nėra atsilyginęs už 1924 mt., irgi prašomas kuogreičiausiai skolą atsiųsti.

Visiems neužsimokėjusiems už **„Mediciną“** skaitytojams kartu su šiuo numeriu siunčiamas atskiras paraginimas kuogreičiausiai atsilyginti. **„Medicinos“** skolininkus, gyvenančius Kaune, aplankys namuose **„Medicinos“** Administracijos įgaliotas asmuo nesumokėtos už 1925 mt. prenumeratos rinkti.

„Medicinos“ Nr. 11 ir Nr. 12 išeis 1926 m. sausio mėn.

„III L. Gydytojų Suvažiavimo darbai“ bus atspausdinti 1926 mt. pradžioje.

„Medicinos“ Redakcija tuojau po Naujų Metų pradės spausdinti naują **„Lietuvos medicinos, veterinarijos ir farmacijos personalo bei įstaigų sąrašą“**, kuris bus išsiuntinėtas kaip nemokamas priedas visiems užsimokėjusiems prenumeratą už „Mediciną“ 1926 metų.

„Medicinos“ Redakcijos ir Administracijos

adresas:

Kaunas, V. Kauno Ligoninė, Gardino g. 67, tel. 1041.

D-RO M. ŠVARCO

PRIVATINĖ LIGONINĖ ir GIMDYMO PRIEGLAUDA

KAUNAS, LAISVĖS AL. Nr. 42, TEL. 256.

Citrovanil „GRIKOL“

Geriausias vaistas nuo galvos skausmo, o taipgi nuo migrenos, neuralgijos ir influencos. Veikia gerai ir visai nekenksmingai. Reikalaukite visose aptiekose ir vaistų sandėliuose.

Prov. A. Grigalauskio aptieka

Kaunas, Gedimino g-vė Nr. 12.

D-ro M. J. Matiso
Chemijos — bakteriologijos laboratorija

Kaunas, 16 Vasario g-vė Nr. 4, tel. 447
(šalia L. Koperatyvų Sąjungos namo).

Laborat. tiriama: šlapimas, skrepliai, skrandžio sunka, kraujas ir t.t.
Cheminiai-technikinės ir sanitariniai-higieninės (vandens, riebalų, dirvos, trąšų ir k.) analizės.
Analizės priimamos kiekvienu laiku ir atvykusiems iš provincijos atliekama neatidėliojant.

Med. D-ro A. LAPINO
RENTGENO KABINETAS

Kaunas, Ugniagesių g-vė (Trubnaja) Nr. 1, telef. 395.

Rentgeno spinduliais peršvietimas, nutraukimas ir gydymas vidujinių ligų ir specialiai odos — vener. ligų.

Vaccineurin

Nespecifinis, stipriai neurotropinis bakterijų autolizatas,

sėkmingai veikiąs:

Neuralgijas, kurios nepasiduoda kitokiems gydymo būdams (trigemino, mentės, šonkaulių neuralgijas);

Ischias, kur net chroniškais atvejais pasiekta puikių rezultatų;

Neuritus įvairios etiologijos (del nušalimo, profesinės bei alkoholinės kilmės, po šiltinės, sifilio ir difterito); nervų paralyžių reumatinės kilmės ar del spaudimo; n. facialis ir radialis paraližių;

Bronchinę astmą.

Sächsisches Serumwerk
Dresden.

Firmai atstovauja Lietuvoje

L. Raud. Kryžiaus Vaistinė

Kaunas, Nepriklausomybės Aikštė.

VACCIGON

Stipriai polivalentinė gonokokinė vakcina, tinkama visiems uždariems gonoroiniams procesams specifiškai gydyti.

Ypačiai indikuojama esant gonoroiniam artritui, epididimitui, prostatitui, spermatocistitui. Labai gerai pakeliama.

Pagaminta injekcijoms vis didėjančiomis dozėmis — 10, 30, 50, 60, 100, 500 milij. gemalų kiekv. ccm.

Klinikoms įpakuota buteliuose po 100 ligi 10.000 milij. gemalų kiekv. ccm.

Sächsisches Serumwerk Dresden.

Atstovauja Lietuvoje

LIETUVOS RAUD. KRYŽIAUS VAISTINĖ

Kaunas, Nepriklausomybės Aikštė.

Akc. „Varpo“ B-vės spaust., Kaunas, Laisvės Al. 60. Tel. 223.